UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

GENEVIÈVE DUCLOS

RELATIONS FAMILIALES ET ESTIME DE SOI DES ENFANTS ASTHMATIQUES DE LA MATERNELLE À LA TROISIÈME ANNÉE

NOVEMBRE 1996

Sommaire

L'asthme est une maladie du système respiratoire très fréquente chez les enfants. Selon l'approche de la médecine psychosomatique, on doit tenir compte des facteurs tant physiologiques que psychologiques lorsqu'on traite une maladie physique. Plusieurs recherches ont étudié la psychologie de l'asthme et des caractéristiques particulières ont été trouvées dans la famille de l'enfant asthmatique, dans le lien qui existe entre l'enfant asthmatique et sa mère ainsi qu'entre l'enfant asthmatique et son père. L'enfant asthmatique, de son côté, perçoit des liens particuliers avec sa mère et avec sa fratrie; l'expression des sentiments est aussi différente selon le sexe et la gravité de l'asthme (Meijer, 1976, 1978). L'estime de soi est aussi un élément qui peut être différent entre un enfant asthmatique et un enfant en santé. À partir de ces données, des hypothèses de recherche ont été avancées. En comparaison à un groupe d'enfants en santé: les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle et une dépendance plus grande envers leur mère; les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle moins grande envers leur père; les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle plus positive envers leur fratrie; les enfants asthmatiques évalueront plus négativement les sentiments venant des membres de leur famille et les enfants asthmatiques présenteront une estime de soi plus faible. Le sexe et l'âge des

sujets sont pris en considération pour chacune des hypothèses. Afin de vérifier ces hypothèses, 29 enfants asthmatiques et 30 enfants en santé de la maternelle à la troisième année primaire ont été rencontrés. Deux tests ont été utilisés. Le Family Relations Test (Bene et Anthony, 1957) avec lequel on obtient l'implication émotionnelle, la dépendance et les sentiments positifs et négatifs que l'enfant vit à l'égard de sa famille. Le Pictorial Self-Concept Scale (Boléa, Felker et Barnes, 1971), de son côté, mesure l'estime de soi des enfants. Les résultats obtenus démontrent que lorsque l'ensemble des enfants asthmatiques est comparé à l'ensemble des enfants en santé, aucune des hypothèses n'est significative. Des résultats significatifs sont cependant obtenus lorsque des sous-groupes sont formés ou lorsque des analyses supplémentaires sont effectuées. Tout d'abord, les garçons asthmatiques de 6-7 ans démontrent une implication émotionnelle positive moins grande envers leur fatrie et ils évaluent plus négativement les sentiments venant de leur famille. De plus, les filles asthmatiques démontrent plus de dépendance envers leur père que les filles en santé et les asthmatiques légers/modérés démontrent plus de dépendance envers leur père que les asthmatiques plus grave. Les garçons asthmatiques légers/modérés expriment davantage de sentiments négatifs envers leur famille que les enfants en santé ou que les enfants souffrant d'asthme plus graves. Ces résultats sont importants puisqu'ils permettent de mettre au point des interventions adaptées aux enfants asthmatiques.

Table des matières

Liste des tableaux

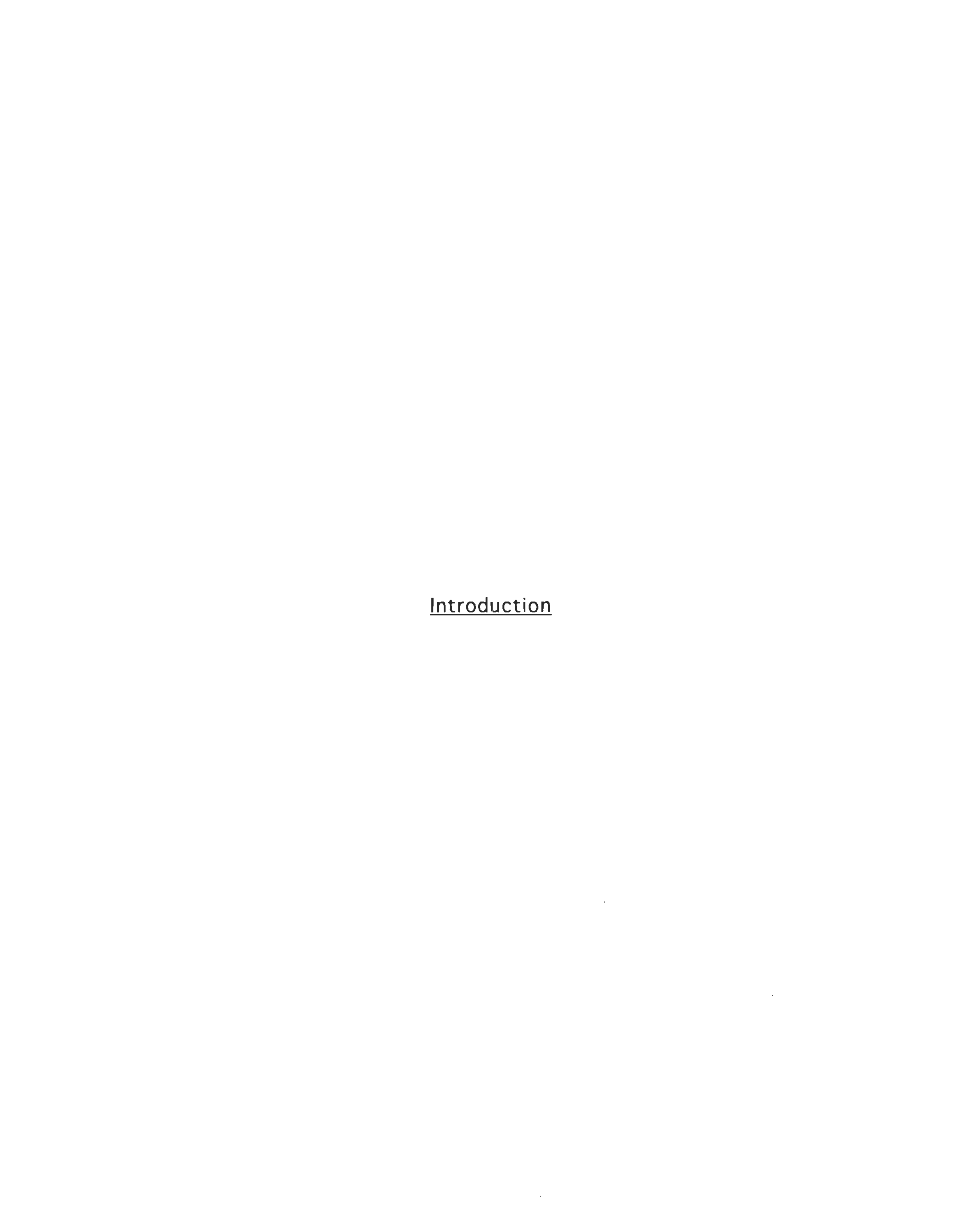
Tableau

Remerciements

L'auteure de cette recherche tient à remercier M. André Cloutier, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son aide et ses conseils dispensés tout au long de la rédaction de ce travail.

L'obtention des sujets nécessaires à cette recherche a aussi été possible grâce à la collaboration des écoles primaires suivantes: École Ste-Bernadette, École St-Sacrement, École Mgr Comtois, École Dollard et École St-Eugène.

Finalement, l'auteure tient à remercier M. Yvon Duclos, professeur de français, qui a participé à la correction du présent ouvrage.



Introduction

Lorqu'un enfant est atteint d'une maladie physique, on lui dispense un traitement adéquat afin de guérir ou de contrôler sa maladie. Ses parents sont habituellement impliqués dans ce traitement. Selon la gravité de la maladie, l'enfant peut devoir se soumettre à certaines règles particulières et les parents peuvent être sujets à vivre une angoisse et un stress reliés à la maladie de l'enfant. Les autres membres de la famille peuvent aussi subir les contrecoups de la maladie.

L'asthme est une maladie qui nécessite un traitement à long terme et qui peut avoir des répercusssions sur l'enfant ainsi que sur les membres de sa famille. C'est une maladie du système respiratoire très répandue chez les enfants et elle peut être mortelle. Comme toute affection physique, l'asthme a des répercussions au niveau psychologique. Selon l'approche de la médecine psychosomatique, l'aspect psychologique peut être considéré comme un facteur déclenchant ou comme un facteur aggravant de la maladie.

L'enfant asthmatique doit faire face à certaines contraintes attribuables à sa maladie. Il doit d'abord traiter son corps à l'aide

de médicaments ou d'autres méthodes et il peut souffrir (douleur physique) lors d'une crise. Sa maladie peut aussi occasionner de nombreuses absences de l'école (Peckham et Butler, 1978) et provoquer des effets sur sa vie sociale (Gizynski et Shapiro, 1990). Ces aspects de la vie de l'enfant asthmatique (physique, social, académique) font partie de l'estime de soi (Lawrence, 1988). Il est donc possible que l'estime que les enfants asthmatiques ont d'eux-mêmes soit influencée par leur maladie.

Les recherches qui ont été menée au sujet de l'estime de soi des enfants asthmatiques jusqu'à maintenant ne sont pas congruentes. Certaines concluent que les asthmatiques ont une plus faible estime de soi qu'une population contrôle (Margalit, 1982; Nelms, 1989) alors que d'autres ne trouvent pas cette différence (Vazquez, Fontan et Buesco, 1992; Heilveil et Schimmel, 1982). Ces recherches ont été effectuées auprès d'adultes et d'enfants âgés entre 8 et 18 ans. La présente recherche veut donc comparer l'estime de soi d'enfants asthmatiques de la maternelle et du premier cycle primaire à celle d'un groupe d'enfants en santé.

La seconde partie de cette recherche concerne la famille de l'enfant asthmatique. La famille de l'enfant asthmatique a beaucoup été étudiée et différents sujets ont été abordés notamment la dépendance, le coping et le stress parental. Habituellement, ces

résultats sont obtenus en évaluant les familles à l'aide de questionnaires aux parents ou en observant ces familles afin d'en connaître les caractéristiques. Les principales caractéristiques retrouvées dans les familles des enfants asthmatiques sont l'enchevêtrement, la surprotection, la difficulté à résoudre les conflits et la rigidité (Minuchin et al., 1975), un déni des conflits et la confusion entre les générations (Molinari, Taverna, Gasca et Constantino, 1994) . Avec sa mère, l'enfant asthmatique vit aussi une relation particulière caractérisée par la dépendance et le désir de réussir (Williams, 1975) ainsi que par la surprotection (Gizynski et Shapiro, 1990). La relation de l'enfant asthmatique avec son père démontre tantôt une bonne implication de celui-ci (Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten, 1987), tantôt un désengagement de sa part (Knapp, 1969).

D'autres recherches, moins fréquentes, ont tenté de voir si l'enfant asthmatique perçoit les caractéristiques particulières de sa famille. Par exemple, si un enfant asthmatique est perçu par sa mère comme étant dépendant, est-ce que cet enfant perçoit la relation de dépendance avec sa mère? Dans ce genre de recherches, des résultats significatifs sont obtenus au niveau de l'implication émotionnelle de l'enfant asthmatique envers sa mère, au niveau de ses relations avec la fratrie et au niveau des différences qui existent dans l'expression des sentiments selon le sexe et la gravité de l'asthme (Meijer, 1976, 1978; Perzanowska, 1985). Comme dans

ces recherches, la présente recherche veut connaître la vision de l'enfant asthmatique, ses sentiments à l'égard de sa famille et les sentiments qu'il croit que les membres de sa famille ont pour lui.

La première partie de ce document présente le contexte théorique. La physiologie de l'asthme et son étiologie sont d'abord présentées. Une définition de la maladie psychosomatique suit. L'asthme est ensuite mis en relation avec l'estime de soi ainsi qu'avec les relations familiales. Finalement, un résumé ainsi que les hypothèses de recherches sont présentés.

La deuxième partie propose une description des sujets, des instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'expérience.

La dernière partie comprend le traitement statistique, la présentation des résultats ainsi que l'analyse des données.

Contexte théorique

Généralités

Physiologie de l'Asthme

D'un point de vue anatomique, l'asthme est caractérisé par un rétrécissement des bronches qui peut être expliqué par trois processus indépendants: 1) la contraction des muscles autour des bronches, 2) une accumulation de sécrétion bronchique dans la lumière et 3) une inflammation et tuméfaction des cellules de la paroi bronchique (Piquet et Mellat , 1991b). Ainsi, l'air que contient les poumons de la personne en crise ne peut plus sortir. Cela provoque chez l'asthmatique une respiration sifflante, un essoufflement, une toux et/ou une sensation d'oppression au niveau de la poitrine.

Le rétrécissement bronchique est dû à une sensibilité particulière des bronches à certains agents déclenchants. L'agent déclenchant peut être de divers ordres selon l'étiologie de la maladie.

Tout d'abord, l'asthme peut être de type allergique. Dans ce cas, les muqueuses respiratoires sont sensibles à un ou plusieurs éléments. Ces éléments ont été énumérés par différents auteurs (Piquet et Mellat, 1991a, 1991c; Canny et Levison, 1993; Tames, 1989). Il y a d'abord les allergènes spécifiques comme les poils de chat, le pollen, les poussières de maison, les moisissures, certaines allergies alimentaires (oeufs, cacahuètes, poisson) peuvent aussi aggraver l'asthme . Les enfants qui souffrent de ce type d'asthme présentent souvent de l'urticaire ou de l'eczéma.

Les mêmes auteurs (Piquet et Mellat, 1991b; Canny et Levison, 1993; Tames, 1989) rapportent aussi des éléments non allergiques qui peuvent venir toucher la sensibilité des bronches des asthmatiques ou créer une réaction asthmatique. Par exemple, certains médicaments dont l'aspirine et les bêtabloquants (utilisés pour l'hyperventilation et les problèmes cardiaques) peuvent causer une crise. Dans l'alimentation, le glutamate monosodique (utilisé dans les restaurants chinois) et le métasulfite (agent de conservation) peuvent entraîner une crise chez l'asthmatique. Les travailleurs exposés à certaines substances peuvent aussi être sujets à faire des crises d'asthme (ex: fabrication de peinture, soudure, décoloration des cheveux, etc.). Certaines substances comme le tabac et la mousse isolante ainsi que l'air froid et la pollution peuvent être à l'origine de l'apparition d'une crise.

Finalement, une activité physique qui demande un effort peut également être suivie d'une crise d'asthme.

Certains asthmatiques présentent aussi des antécédents d'infections respiratoires à répétition survenues dans la première année de vie (Tournier, 1979). Dans ce cas, les tests d'allergies sont négatifs et l'asthme est probablement attribuable à une stimulation des bronches en rapport avec les lésions laissées par ces infections (Piquet et Mellat, 1991). Par la suite, une nouvelle infection virale (un rhume par exemple) peut être un facteur éventuel qui déclenchera une crise d'asthme (Malo, Toogood et Tames, 1989). Il est à noter que l'asthmatique peut aussi présenter un asthme de type allergique combiné à des épisodes d'infections respiratoires dans son enfance.

Des facteurs psychologiques peuvent également être associés à l'apparition de l'asthme. Ce thème sera abordé en détail plus tard.

L'asthme peut être de diverses intensités; le traitement et l'évolution de cette maladie y sont reliés. Tournier (1979), dans un traité de pédiatrie clinique, divise l'asthme en catégories selon l'apparition des crises: 1) une crise par trois mois, 2) une crise par mois, 3) une crise par semaine et 4) dyphnée plus ou moins continue.

Au niveau du traitement médical de l'asthme, on retrouve deux principaux procédés: 1) la médication, 2) l'éducation et la maîtrise de l'environnement (Canny et Levison, 1993). Les médicaments prescrits pour l'asthme ont deux fonctions principales soient le soulagement lors de l'apparition d'une crise et la prévention des crises. Les médicaments qui servent à soulager se retrouvent souvent sous forme d'aérosol-doseur (pompe) et sont administrés lorsqu'une crise débute. Ceux-ci servent principalement à faire en sorte que les voies respiratoires se dégagent afin que les symptômes de la crise disparaissent. Les médicaments préventifs, quant à eux, sont administrés quotidiennement et servent à réduire l'inflammation, la congestion et la spasmodicité des bronches.

Épidémiologie de l'asthme

Une étude réalisée par l'Institut Canadien de la Santé Infantile (ICSI) rapporte plusieurs faits à propos de la santé des enfants canadiens (Hanvey et al., 1994). Ce rapport révèle qu'en 1989-90, 67 000 enfants âgés entre 1 et 4 ans ont été hospitalisés pour le traitement d'une maladie du système respiratoire. De ces enfants, 25% étaient hospitalisés pour l'asthme. Chez les enfants de 5 à 9 ans, les maladies respiratoires sont la cause de 4% des décès. Dans le même groupe d'âge, les maladies du système respiratoire causent

40% des hospitalisations; le taux d'hospitalisation étant 1,2 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles.

Une seconde étude, portant sur la même question, a été réalisée par Mao et al. (1987) à partir des statistiques canadiennes (Statistique Canada). En comparant les résultats de l'ICSI (Hanvey et al., 1994) à ceux obtenus par ces auteurs, on constate une augmentation de 32% (de 868 pour 100 000 à 1145 pour 100 000) des hospitalisations pour l'asthme entre 1980-82 et 1988-90 chez les enfants de 1 à 4 ans et une augmentation de 15% chez les 5-14 ans. Cela constitue une diminution de l'accroissement du taux d'hospitalisation qui était de plus de 50% entre 1979-72 et 1980-82 (Mao et al., 1987).

À Montréal, on constate aussi un accroissement des admissions dans les hôpitaux entre 1980-81 et 1984-85; cette hausse est de 65% chez les enfants de 3 ans et de 50% chez les enfants de 7 ans (Infante-Rivard, Esnaola Sukia, Roberge, Baumgarten, 1987). Selon eux, il est possible que cet accroissement soit dû à une modification de la durée de la maladie; les enfants pourraient alors commencer à souffrir d'asthme plus jeunes et d'une manière plus persistante. Il est aussi probable que le nombre d'enfants asthmatiques ait augmenté à Montréal. D'après les auteurs, cette augmentation serait reliée, selon eux, à un effort récent, démontré par les gens, pour la

conservation de l'énergie ainsi qu'à une utilisation plus fréquente du bois pour chauffer la maison.

D'autres hypothèses ont été avancées afin d'expliquer l'augmentation du nombre de personnes qui souffre d'asthme. Effectivement, dans un rapport réalisé par le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval (Lajoie et al.,1994), cinq hypothèses sont rapportées:

1- Changement dans les pratiques médicales et hospitalières (amélioration du diagnostique et critères d'hospitalisation moins sévères);
2- Changements génétiques au niveau de la population;
3- Effets secondaires de la médication moderne (effets secondaires imprévus, utilisation inappropriée des médicaments);
4- Pollution atmosphérique;
5- Pollution intérieure.

Pour ce qui est de l'incidence chez les garçons et les filles, Infante-Rivard, Esnaola Sukia, Roberge, Baumgarten (1987) notent que l'asthme touche un plus grand nombre de garçons que de filles. Un autre auteur (Vialatte, 1983) apporte plus de précisions quant à l'incidence de l'asthme sur les garçons et de filles asthmatiques. Il affirme qu'entre 5 et 9 ans, l'incidence de l'asthme est aussi grande

chez les garçons que chez les filles alors qu'avant 5 ans, plus de garçons que de filles souffrent d'asthme.

À partir de ces résultats, il faut constater que l'asthme est une maladie qui touche un grand nombre d'enfants. Son étiologie peut être de divers ordres: allergie, infections respiratoires, facteurs environnementaux, facteurs psychologiques.

L'asthme et la maladie psychosomatique

Il a été vu précédemment que l'asthme est une maladie du système respiratoire caractérisé par une difficulté à respirer ainsi que par une hypersensibilité des bronches. Dans la médecine traditionnelle, lors de l'apparition d'une crise d'asthme, seuls les facteurs physiques ou environnementaux sont considérés. Selon une autre approche, celle de la médecine psychosomatique, des facteurs psychologiques reliés à l'asthme sont aussi considérés. L'asthme est alors vu comme une maladie psychosomatique.

Selon Kreisler (1984), la pathologie psychosomatique est définie de cette façon: «désordres organiques -lésionnels ou fonctionnels- dont la genèse et l'évolution reconnaissent une participation psychologique prévalante» (p. 857). Selon cette définition, la maladie psychosomatique, ou l'asthme dans le cas présent, est associée à une difficulté psychologique particulière.

D'autres auteurs, Minuchin et al. (1975) font la distinction entre une pathologie psychosomatique primaire et une pathologie psychosomatique secondaire. Selon eux, dans la pathlogie psychosomatique primaire, on retrouve une atteinte physique déjà existante (comme dans le diabète, les allergies et l'asthme). Les éléments psychologiques viennent alors augmenter l'apparition des

symptômes déjà existants. Dans la pathologie psychosomatique secondaire, aucune prédisposition physique ne peut être démontrée; les conflits psychologiques sont alors transformés en un symptôme somatique. C'est le cas par exemple de l'anorexie.

Mazet (1977), lorsqu'il traite des maladies psychosomatiques (dont certains types d'asthme ou d'affection des voies respiratoires), rappelle que ces maladies ont une atteinte lésionnelle bien précise qui nécessitent un traitement médical. Selon lui, ce qui est difficile, lorsqu'on parle de maladies psychosomatiques, c'est «l'évaluation de la part des facteurs émotionnels dans la genèse de l'affection» (p. 199). D'après Mazet, cette évaluation est bien souvent absente dans le traitement médical. On peut donc noter que, pour cet auteur, la base psychologique de la maladie psychosomatique n'est pas constante et qu'elle nécessite une évaluation individuelle pour chaque cas.

Un autre auteur, Alexander (1967), explique davantage les raisons pour lesquelles l'asthme, en tant que maladie psychosomatique, peut apparaître. Cet auteur mentionne que «la crise d'asthme est un symptôme dont la cause immédiate est le spasme des bronchioles» (p. 118). Selon Alexander, la crise peut être déclenchée aussi bien par un facteur allergique que par un facteur affectif. Le facteur affectif est principalement lié à la

relation avec la mère. L'asthmatique aurait un attachement excessif à sa mère, ce qui l'amènerait à avoir des comportements qui cachent une dépendance refoulée. Ainsi, pour l'asthmatique, une séparation d'avec la mère ou d'avec une figure significative pourrait déclencher une crise.

D'après ces quelques définitions, on peut constater que dans l'approche psychosomatique, l'asthme est d'abord considéré comme une maladie physique; l'aspect psychologique est traité comme un facteur déclenchant ou un facteur aggravant lors de l'apparition d'un trouble physique.

L'étude de l'asthme infantile comme maladie psychosomatique, peut être abordée en fonction des caractéristiques individuelles de l'enfant asthmatique ainsi qu'en fonction de son environnement. Lorsqu'on aborde les caractéristiques individuelles de l'enfant, on peut parler de la mesure d'estime de soi pour vérifier si l'asthme a des répercussions sur la vie de l'enfant. L'estime de soi est une mesure intéresssante puisqu'elle permet de voir comment l'enfant se perçoit en regard de plusieurs aspects. Par exemple, Lawrence (1988) propose les aspects suivants comme faisant partie de l'estime de soi: physique, social, académique. Ces aspects de la vie de l'enfant asthmatique sont primordiaux. Effectivement, comme individu, l'enfant asthmatique doit faire face à certaines contraintes

attribuables à sa maladie; il doit traiter sa maladie, il peut s'absenter de l'école et cela peut avoir des répercussions sur sa vie sociale. C'est pour cette raison que l'estime de soi est un aspect intéressant à étudier chez les enfants asthmatiques.

L'environnement de l'enfant asthmatique est aussi un aspect important à aborder lorsqu'on traite de maladie psychosomatique. L'environnement d'un enfant est principalement constitué par l'école, les pairs et la famille. C'est probablement la famille qui a le plus d'importance lorsqu'on traite de maladies psychosomatiques puisque les membres de la famille doivent vivre quotidiennement avec l'asthme de l'enfant. De plus, certaines caractéristiques particulières ont été retrouvées dans les relations entre les membres de ces familles.

Dans les pages qui suivent, l'estime de soi, comme caractéristique individuelle de l'enfant asthmatique sera présentée. Les caractéristiques de la famille de l'enfant asthmatique seront ensuite décrites.

L'estime de soi

Définition

Au cours des trente dernières années, le soi, le concept de soi et l'estime de soi ont été étudiés et définis par plusieurs auteurs. Certains font la différence entre ces trois concepts alors que d'autres les associent. Voyons donc les différentes définitions et les différences entre ces concepts.

Yamamoto (1972) décrit le soi comme étant notre être en entier c'est-à-dire nos expériences tant subjectives qu'objectives. Jersield (1952), de son côté, définit le soi comme un ensemble de pensées et de sentiments qui constitue la conscience qu'une personne a de son existence.

L'estime de soi, de son côté, est définie par Gardner (1992) comme étant les pensées et les sentiments qu'une personne entretient sur elle-même. Plus précisément, Coopersmith (1967) définit l'estime de soi comme étant une évaluation que l'individu fait de lui-même et qu'il maintient généralement stable. Cette évaluation exprime une attitude d'accord ou de désaccord par rapport

à lui-même ainsi que l'étendue avec laquelle l'individu croit être efficace, compétent, important et digne.

Le concept de soi, quant à lui, a été défini d'une façon claire par Pope, McHale et Craighead (1988). Selon eux, le concept de soi réfère aux mots-clés et aux descripteurs qu'une personne utilise pour se représenter. L'estime de soi est alors une évaluation des mots-clés et des descripteurs que contient le concept de soi.

Lawrence (1988), de son côté, propose divers éléments qui peuvent influencer l'estime de soi d'un enfant tels que: les relations de l'enfant avec sa famille, ses relations avec les pairs, ses relations avec les professeurs, ses habiletés, son apparence physique ainsi que ses réussites scolaires.

En résumé, ces quelques définitions permettent de définir trois composantes différentes de la personnalité. Premièrement, le soi, qui est la conscience qu'une personne a par rapport aux expériences qu'elle vit. Ensuite, le concept de soi, qui est l'ensemble des descripteurs qu'une personne utilise pour se représenter et enfin, l'estime de soi qui est une évaluation que l'individu fait de ces descripteurs. Étant donné que l'estime de soi est une évaluation que l'individu fait de lui-même, des instruments

ont été créés pour la mesurer. C'est pour cette raison que c'est l'estime de soi qui est utilisée en recherche.

Voyons maintenant les études qui ont été réalisées par rapport à l'asthme et à l'estime de soi.

Asthme et estime de soi

L'estime de soi des enfants asthmatiques a été étudiée par plusieurs auteurs. Pour ce faire, deux méthodes d'évaluation principales sont utilisées soient l'évaluation selon la gravité de la maladie (ex: asthme modéré, asthme sévère) ou l'évaluation de l'estime de soi des enfants asthmatiques en comparaison à celle d'enfants souffrant d'autres types de maladies. Les résultats obtenus sont disparates; certains sont significatifs, d'autres non.

L'estime de soi faible chez un enfant souffrant d'une maladie chronique (dont l'asthme) peut s'expliquer par le fait que l'enfant expérimente la douleur physique, la déception et la souffrance, il doit aussi se soumettre à des traitements qui restreignent ses activités normales (Stein et Jessop, 1982) Selon Gizynski et Shapiro (1990), ces contraintes amèneraient l'enfant à se percevoir différemment de ses pairs; le fait d'être différent serait à l'origine

d'une estime de soi plus faible. Les relations avec les pairs peuvent être perturbées par le fait que l'enfant asthmatique s'absente plus souvent de l'école que les enfants en santé (Perkham et Butler, 1978).

La conception selon laquelle les asthmatiques ont une estime de soi plus faible que celle des personnes en santé, a été appuyée par certaines recherches menées auprès d'adolescents et d'adultes (Plutchik, Williams, Jerrett, Karasu et Kane, 1978; Teirama, 1979).

D'autres chercheurs ont aussi étudié l'estime de soi des enfants asthmatiques. Par exemple, Margalit (1982), a comparé des asthmatiques âgés entre 9,6 et 18 ans à un groupe d'enfants en santé ainsi qu'à un groupe d'enfants souffrant de fibrose kystique. Les résultats démontrent une différence significative entre les résultats obtenus par le groupe d'enfants asthmatiques comparativement au groupe d'enfants en santé. Le groupe d'enfants en santé a obtenu un score d'estime de soi plus élevé que le groupe d'enfants asthmatiques. De plus, comparativement aux enfants qui ont la fibrose kystique, les enfants asthmatiques présentent une estime de soi plus faible.

Une recherche a été effectuée par Nelms (1989) auprès de jeunes âgés entre 9 et 11 ans. Il a comparé l'estime de soi des

enfants asthmatiques à celle d'enfants en santé ainsi qu'à celle d'enfants diabétiques. Les résultats démontrent que les asthmatiques ont l'estime de soi la plus faible des trois groupes .

D'un autre côté, certains auteurs, lorsqu'ils comparent l'estime de soi d'enfants asthmatiques à celle d'un groupe d'enfants en santé, arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (Vazquez, Fontan et Buesco, 1992; Heilveil et Schimmel, 1982). Ces mêmes auteurs concluent qu'il n'y a pas de différence significative lorsqu'ils comparent l'estime de soi des asthmatiques sévères à celle d'asthmatiques moins sévères, âgés entre 8 et 18 ans (Heilveil et Schimmel, 1982) ou l'estime de soi des asthmatiques légers à celle des asthmatiques modérés âgés entre 8 et 13 ans (Vazquez, Fontan et Buesco, 1992). Ces derniers (Vazquez, Fontan et Buesco, 1992) expliquent l'absence de résultats significatifs en disant que les asthmatiques de leur échantillon ne vivent pas de restrictions dues à leur maladie alors que les asthmatiques sévères ont un développement physique, psychologique et social qui peut être perturbé, ce qui entraîne une estime de soi plus faible.

Comme on peut le constater, les résultats des recherches qui concernent l'estime de soi des enfants asthmatiques donnent des résultats différents. Certaines recherches obtiennent des résultats

significatifs alors que d'autres n'en obtiennent pas. Il est alors difficile de savoir si les restrictions associées à l'asthme influencent l'estime de soi de ces enfants.

L'asthmatique et sa famille

Comme il a été mentionné précédemment, lorsqu'on étudie la maladie psychosomatique, on peut considérer les caractéristiques personnelles de l'enfant, dont l'estime de soi fait partie, et les particularités de l'environnement de l'enfant asthmatique. L'environnement d'un enfant est particulièrement constitué par l'école, les pairs et la famille. La famille des enfants asthmatiques a inspiré un grand nombre de chercheurs. Les recherches effectuées ont permis de savoir que des liens particuliers existent à l'intérieur des familles dont un des enfants est asthmatique. À la suite de ces recherches d'autres chercheurs ont tenté de voir si l'enfant asthmatique perçoit les relations particulières à l'intérieur de sa famille. Ainsi, on peut constater que les études qui portent sur les caractéristiques des familles des enfants asthmatiques sont à la base du questionnement qui porte sur la perception qu'a l'enfant asthmatique de sa famille. Les pages qui suivent présentent d'abord une définition de l'approche systémique. Les particularités des relations dans les familles d'enfant asthmatique sont ensuite présentées. Par la suite, les caractéristiques des relation entre l'enfant asthmatique et sa mère ainsi qu'entre l'enfant asthmatique et son père sont exposées. Finalement, les résultats des recherches qui concernent la perception que l'enfant asthmatique a de sa famille sont présentés.

Approche systémique

L'approche systémique décrit l'être humain comme suit: «l'organisme humain est un système ouvert, qui interagit avec l'environnement physique et social, dont il est lui-même un sous-système» (St-Arnaud, 1979, p. 11). Les tenants de cette approche se sont intéressés à certaines maladies dont l'asthme. Certains ont développé des modèles qui s'appliquent aux maladies psychosomatiques en général tandis que d'autres ont fait ressortir les caractéristiques des familles d'enfants asthmatiques.

Un groupe de chercheurs (Minuchin et al., 1975) a publié un article qui décrit un modèle explicatif de la maladie psychosomatique basé sur l'approche systémique. Le modèle a été construit à partir de suivis thérapeutiques effectués auprès de 48 familles. Trois types de familles étaient présents dans cet échantillon soient des familles où l'on retrouve un enfant anorexique, des familles où l'on retrouve un enfant souffrant de diabète instable et des familles où l'on retrouve un enfant souffrant d'asthme intraitable (c'est-à-dire que les traitements habituellement utilisés pour contrôler la maladie ne sont pas efficaces). Le modèle a été vérifié en utilisant trois méthodes expérimentales. Premièrement, le mode d'interaction de familles

psychosomatiques et de familles où l'on retrouve un enfant ayant une maladie chronique ont été comparés. Ensuite, le stress psychologique vécu lors d'une entrevue familiale a été mesuré. Finalement, l'utilisation de ce modèle a été utilisé en thérapie familiale et des résultats positifs ont été obtenus.

Les auteurs de ce modèle explicatif de la maladie psychosomatique décrivent d'abord les conditions nécessaires qui favorisent le développement et le maintien d'une maladie psychosomatique. Ces conditions sont:

1- Une organisation familiale spécifique qui entraîne la somatisation;
2- Une implication de l'enfant dans les conflits des parents (cela permet d'éviter les conflits);
3- Une vulnérabilité physique chez l'enfant.

Ils expliquent ensuite ce que veut dire pour eux une organisation familiale spécifique en faisant ressortir quatre caractéristiques principales de ces familles:

1- L'enchevêtrement qui est un haut degré d'implication, de responsabilité et un manque de frontière entre les membres de la famille;
2- La surprotection qui est un haut degré d'inquiétude par rapport au bien-être des uns et des autres;

3- La rigidité décrite comme une difficulté à s'adapter et à changer;

4- La difficulté dans la résolution de conflits, caractérisé par une tendance à éviter les tensions et les explications lors d'un conflit.

Ce modèle explicatif de la maladie psychosomatique a été repris par Onnis, Tortolani et Cancrini (1986). Afin de vérifier le modèle, ces chercheurs ont formé un groupe de 10 enfants asthmatiques (âgés entre 7 et 11 ans) dont l'asthme démontre des signes de chronicité et est considéré comme intraitable. Les résultats de cette recherche indiquent que, comparativement à un groupe d'enfants en santé, les familles d'enfants asthmatiques démontrent une présence significativement plus élevée des quatre caractéristiques énumérées par Minucin et al. (1975): enchevêtrement, surprotection, difficulté à résoudre les conflits et rigidité.

Un autre groupe de chercheurs, (Molinari, Taverna, Gasca, Constantino, 1994) a aussi mis sur pied des interventions systémiques pour les familles d'enfant asthmatique. La création de ces interventions s'est basée sur les caractéristiques qu'ils ont notées dans les familles d'enfants asthmatiques. C'est caractéristiques sont:

1- Un haut degré de confiance envers le médecin traitant;

2- Une dynamique familiale dysfonctionnelle caractérisée par le déni des conflits et une confusion entre les générations;

3- Un besoin de développer les ressources de la famille dans un but préventif.

À partir de ces caractéristiques, cette équipe de chercheurs a établi une méthode d'intervention basée sur une division des responsabilités entre le psychothérapeute et l'allergiste.

Selon ces mêmes auteurs (Molinari, Taverna, Gasca, Constantino, 1994), l'enfant asthmatique utilise souvent sa maladie pour contrôler sa famille. Ainsi, le rôle des intervenants est de faire en sorte que le côté dramatique et unique de l'asthme de l'enfant soit perçu par la famille comme un "simple" problème de communication. En effet, selon ces auteurs, l'enfant asthmatique a de la difficulté à s'exprimer par des mots et il utilise plutôt sa maladie pour communiquer.

L'approche systémique a aussi servi de fondement à une recherche effectuée à l'Hôpital Ste-Justine de Montréal auprès d'un groupe de 34 enfants asthmatiques âgés entre 10 et 15 ans (Baron, Veilleux et Lamarre 1992). Ces auteurs ont mis en relation certains traits de personnalité des enfants asthmatiques avec la structure familiale. Ainsi, les enfants asthmatiques qui ont un haut degré

d'anxiété et de dépendance proviennent plus fréquemment de familles rigides-enchevêtrées-surprotectrices, les enfants asthmatiques "normaux" (anxiété et dépendance dans les normes) proviennent de familles structurées et les enfants asthmatiques qui minimisent leur anxiété proviennent de familles rigides-enchevêtrées ou de familles chaotiques-désengagées. Les résultats indiqueraient aussi un lien entre l'équilibre de l'enfant, son bien-être et l'acceptation de la maladie par les parents.

On peut donc constater que les recherches qui concernent les enfants asthmatiques et de leur famille sont arrivées à plusieurs résultats intéressants. Des caractéristiques particulières ont été retrouvées dans ces familles: enchevêtrement, surprotection, problème de résolution de conflits et de communication, confusion entre les générations. Ces résultats ont ensuite servi à élaborer des méthodes d'intervention pour les enfants asthmatiques et leur famille.

L'asthmatique, sa mère et son père

L'asthme comme maladie psychosomatique peut aussi trouver son explication dans la qualité du lien d'attachement mère-enfant asthmatique ainsi que dans la relation entre le père et son enfant. Le concept d'attachement sera donc défini ici.

Selon Mazet et Stoleru (1988), l'attachement désigne «un lien affectif et social développé par une personne envers quelqu'un d'autre» (p. 62). Pour Bowlby (1988), l'attachement comprend les comportements qui tendent à atteindre ou à maintenir une proximité avec une personne cible plus apte à échanger avec le monde.

Selon certains auteurs, le lien d'attachement entre l'enfant asthmatique et ses parents, et particulièrement entre l'enfant asthmatique et sa mère, aurait des caractéristiques particulières. Voyons donc quelques-uns de ces auteurs.

Dans une recherche menée par Askindsen, Watten et Faleide (1993), des parents ont été testés avant l'apparition de l'asthme chez leur enfant. Ces parents ont été comparés à un groupe contrôle composé d'enfants en santé et de leurs parents. Cette recherche démontre tout d'abord que les mères des enfants asthmatiques considèrent davantage le fait de consoler leur enfant comme une source de plaisir. Les auteurs affirment qu'il est possible que ce soit un moyen inconscient utilisé par la mère pour amener l'enfant asthmatique dans une relation de dépendance. Il est aussi possible que les mères des enfants asthmatiques démontrent ainsi une grande motivation à protéger et à prendre soin de leur enfant.

De plus, d'après les résultats de leur recherche, ces mêmes auteurs concluent que les parents des enfants asthmatiques peuvent être considérés comme un facteur de risque puisque certaines caractéristiques dans les relations apparaissent avant que la maladie ne survienne. Plus précisément, les activités ou les interactions rapportées par la mère de l'enfant asthmatique semblent indiquer un faible degré d'interaction entre la mère et l'enfant. Les activités sont plutôt en relation avec les besoins de la mère; c'est donc la mère qui mène l'interaction. De plus, les mères d'enfants asthmatiques insistent davantage pour développer les habiletés de leur enfant.

D'autres auteurs ont aussi étudié la dépendance et l'asthme. Par exemple, Williams (1975) postule que, chez l'enfant asthmatique, le mouvement vers l'indépendance et le mouvement vers la dépendance sont tous les deux excessifs. D'un côté, ce qui mène l'enfant à régresser, c'est-à-dire à être dépendant, c'est le stress associé à une menace de séparation avec la mère. D'un autre côté, l'enfant fait face à un haut degré d'aspiration et une motivation pour réussir qui provoque une indépendance excessive.

L'auteur a tenté de prouver cette approche en évaluant des enfants âgés de 10 et 11 ans qui appartiennent à l'un des groupes

suivants: asthme sévère, asthme moyen, fibrose kystique et groupe d'enfants en santé. Dans un premier temps, l'auteur a comparé les groupes d'enfants asthmatiques (sévère et moyen) au groupe d'enfants en santé. Les résultats obtenus démontrent que les enfants asthmatiques (sévère et moyen) démontrent un plus grand conflit entre la dépendance et l'indépendance que les enfants en santé et les asthmatiques sévères démontrent un plus grand conflit entre la dépendance et l'indépendance que les asthmatiques moyens. Il a aussi trouvé un lien très étroit entre l'enfant asthmatique et sa mère. L'enfant asthmatique a aussi un grand désir de réussir et sa mère a de grandes aspirations pour lui. Ces résultats ont été obtenus en comparant les enfants asthmatiques au groupe d'enfants en santé.

Dans un deuxième temps, le conflit dépendance/indépendance des enfants asthmatiques et celui des enfants qui souffrent de fibrose kystique a été comparé. Les résultats obtenus par les enfants asthmatiques sont significativement différents de ceux obtenus auprès de la population d'enfants ayant la fibrose kystique. L'auteur conclut alors que le conflit entre la dépendance et l'indépendance est spécifique aux enfants asthmatiques et n'est pas en relation avec le fait que l'enfant soit malade.

Un autre auteur décrit d'une façon intéressante les liens qui existent entre l'enfant asthmatique et ses parents. Ainsi, dans leur article qui porte sur la dépression chez l'enfant, Gizynski et Shapiro (1990) tentent d'expliquer l'interaction entre l'enfant asthmatique, son père et sa mère. Selon eux, il semble que les risques propres aux maladies du système respiratoire (crise d'asthme grave, hospitalisation, mort) entraînent les enfants et les parents dans une relation de proximité, d'hypervigilance et d'incertitude par rapport aux séparations. Les crises d'asthme sont habituellement difficiles à prévoir et cela amène les mères de ces enfants à être plus vigilantes aux signes précurseurs d'une crise; elles sont aussi plus attentives à la réaction de leur enfant par rapport aux allergènes, à l'effort, au rhume et au stress. Les parents exercent le contrôle sur l'expression des émotions trop violentes chez leur enfant et chez eux-mêmes afin de prévenir les crises. Les enfants asthmatiques semblent internaliser l'hypervigilance des parents envers leur état; ils sont plus dépendants des parents en ce qui concerne la sécurité et le soulagement que les autres enfants dans la période de latence en général. Cette surprotection des parents et la difficulté de l'enfant face à la séparation peut expliquer la forte corrélation obtenue par ces auteurs entre un haut degré de réponse émotionnelle de la part des parents et un score élevé de dépression chez les enfants asthmatiques.

Certaines études, moins fréquentes, étudient la relation de l'enfant asthmatique et son père. Une étude menée par Knapp (1969) arrive à la conclusion que les pères des enfant asthmatiques tendent à être absents de la vie de leur enfant. D'un autre côté, une étude plus recente démontre que les pères des enfants asthmatiques sont de plus en plus impliqués dans les soins donnés aux enfants (Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten, 1987).

D'autres résultats ont aussi été trouvés à l'égard de la relation entre l'enfant asthmatique et son père. Dans une recherche menée par Parker et Lipscombe (1979), il est mentionné que la surprotection exprimée par les parents viendrait en réaction à la maladie de l'enfant; ce résultat est plus significatif chez les pères que chez les mères des enfants asthmatiques testés. Une autre recherche (Schöbinger, Florin, Zimmer, Lindemann et Winter, 1992) démontre que, comparativement aux pères d'enfant en santé, les pères d'enfant athmatique utilisent plus d'attitudes critiques et de remarques critiques avec leur enfant. Enfin, une recherche effectuée par Hilliard, Fritz et Lewiston (1985) démontre que les pères des enfants asthmatiques sont plus rigides que les pères des enfants en santé lorsqu'il doivent fixer des buts pour leur enfant.

On peut donc voir que l'enfant asthmatique expérimente des relations particulières avec sa mère. Par exemple, cette relation

peut être teintée de dépendance, de désir de réussir et de surprotection. De son côté, la relation avec le père démontre aussi certaines caractéristiques particulières (surprotection, attitudes critiques, rigidité dans les relations). De plus, une recherche démontre que le père de l'enfant asthmatique est impliqué envers son enfants (Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten, 1987) alors qu'une autre affirme qu'il est désengagé (Knapp, 1969).

L'ensemble des recherches qui ont été présentées jusqu'ici permettent de mieux connaître les caractéristiques spécifiques de l'enfant asthmatique et de sa famille. Ces caractéristiques ont été obtenues grâce à certaines méthodes d'évaluation ou d'intervention: questionnaires remplis par les parents, entrevues dirigées, rencontres familiales. Il est aussi possible de connaître la perception que l'enfant asthmatique a de sa famille; de voir s'il perçoit les caractéristiques particulières des relations avec les membres de sa famille. Les recherches qui portent sur ce sujet qui seront maintenant présentées.

L'asthme et le Family Relations Test (FRT)

Le Family Relations Test de Bene, Anthony (1957) version enfant (FRT:E) est un test qui a pour principaux objectifs d'évaluer la direction et l'intensité des sentiments de l'enfant envers les

membres de sa famille ainsi que la perception qu'il a des sentiments de sa famille envers lui. Ce test a été utilisé dans deux recherches concernant l'asthme. L'une de ces recherches a été menée en Pologne alors que l'autre l'a été aux États-Unis.

Le Family Relations Test (FRT:E) a été utilisé dans une série de recherches réalisées aux États-Unis par A.Meijer (1976, 1978, 1981). Ces recherches ont été menées auprès de 60 enfants asthmatiques âgés entre 6 et 11 ans. Pour faire partie de l'échantillon, les enfants devaient avoir souffert d'eczéma au cours de leur première année de vie. Ils devaient aussi faire partie d'une famille où les troubles allergiques et l'asthme sont fréquents. Un groupe d'enfants en santé a aussi participé aux recherches. Pour l'analyse des résultats, l'auteur a considéré les garçons et les filles séparément. Du côté des filles, les analyses n'ont donné aucun résultat significatif. Chez les garçons, des résultats significatifs ont été obtenus et il seront présentés de façon plus détaillée.

Meijer (1976), démontre qu'en général, les garçons asthmatiques, comparativement aux garçons non asthmatiques, attribuent plus d'items positifs à plusieurs personnes de la famille (c'est-à-dire que chaque item positif est attribué à plusieurs membres de la famille à la fois). Ils attribuent aussi plus d'items négatifs à Personne (donc à aucun membre de la famille). L'auteur

conclut que les garçons asthmatiques expriment moins de sentiments positifs et négatifs par rapport à leurs parents que les garçons non-asthmatiques lors de la passation du FRT:E. Les garçons asthmatiques perçoivent aussi moins de surprotection et d'indulgence provenant de leur mère.

Meijer (1978, 1981) a aussi trouvé que les mères des garçons asthmatiques perçoivent leur fils comme plus dépendant, comparativement au groupe d'enfants en santé. De plus, ces mères perçoivent d'une façon très positive leur relation avec leur propre mère. À partir de ces résultats, Meijer affirme que les mères des garçons asthmatiques tentent de retrouver cette proximité avec leur fils et que ceux-ci réagissent au désir de rapprochement de leur mère par un désengagement.

L'auteur met aussi en relation le facteur asthme avec les réponses au FRT:E. Cela permet de démontrer que chez les garçons et les filles asthmatiques, il existe une corrélation positive significative entre la gravité de l'asthme et le nombre d'items Incoming positifs attribué à plusieurs membres de la famille à la fois (un item remis à plusieurs personnes). Il existe aussi une tendance vers une corrélation négative entre l'asthme et le nombre d'items Incoming positifs attribués à la mère. Ce résultat est plus marqué chez les filles. De plus, chez les filles, il existe une

corrélation négative significative entre l'asthme et le nombre d'items Incoming négatifs attribués à la mère. Cela démontre que, chez les filles asthmatiques, plus l'asthme est grave, plus l'implication émotionnelle envers la mère est faible. La conclusion générale de l'ensemble de ces résultats est que plus l'asthme est grave, moins l'enfant exprime de sentiments positifs envers sa mère.

Dans une seconde recherche (Perzanowska, 1985) 48 enfants âgés entre 7 et 13 ans et diagnostiqués comme souffrant d'asthme bronchique ont été évalués. Le FRT:E (7-15) a été utilisé pour comparer les réponses des enfants asthmatiques à celles d'enfants ne souffrant d'aucun trouble asthmatique.

Les conclusions auxquelles les auteurs en arrivent sont celles-ci. Premièrement, les enfants asthmatiques démontrent une implication émotionnelle plus forte pour leur mère; les enfants asthmatiques démontrent aussi des relations plus positives avec la fratrie.

Les résultats obtenus par ces auteurs (Meijer, 1976, 1978; Perzanowska, 1985), permettent de mieux cerner l'implication émotionnelle de l'enfant envers sa famille ainsi que le lien de dépendance envers la mère.

Résumé de la documentation et hypothèses

L'ensemble des recherches présentées permettent de constater que les familles des enfants asthmatiques possèdent des caractéristiques particulières. La relation avec chacun des membres de la famille peut aussi posséder des particularités spécifiques. Les principales caractéristiques de la famille de l'enfant asthmatique sont: l'enchevêtrement, la surprotection, les problèmes de résolution de conflits et de communication et la confusion entre les générations. De plus, la relation avec la mère est caractérisée par la dépendance, le désir de réussir et la surprotection. La relation de l'enfant asthmatique a aussi été étudiée et elle démontre certaines particularités: surprotection, attitudes critiques, rigidité dans les relations, l'implication ou l'absence de celui-ci.

Les recherches qui ont étudié la perception des sentiments de l'enfant asthmatique envers sa famille ont aussi obtenu des résultats intéressants. Des résultats significatifs sont obtenus au niveau de l'implication émotionnelle de l'enfant asthmatique envers sa mère, au niveau de ses relations avec la fratrie et au niveau des différences qui existent dans l'expression des sentiments selon le sexe et la gravité de l'asthme.

De leur côté, les recherches effectuées sur l'estime de soi des enfants asthmatiques ne sont pas congruentes. Certaines concluent que les asthmatiques ont une estime de soi plus faible qu'une population d'enfants en santé (Margalit, 1982; Nelms, 1989) alors que d'autres ne trouvent pas cette différence (Vazquez, Fontan et Buesco, 1992; Heilveil et Schimmel, 1982). Il est intéressant de noter que ces recherches ont été réalisées auprès d'adultes et d'enfants âgés entre 8 et 18 ans. La présente recherche veut donc comparer l'estime de soi d'enfants asthmatiques de la maternelle et du 1er cycle primaire à celle d'un groupe d'enfants en santé.

En se basant sur les divers résultats obtenus par ces chercheurs, les hypothèses et les questions de recherche de la présente recherche seront maintenant présentées. Il est à noter que les termes utilisés pour formuler les hypothèses de recherche seront définis plus loin, lors de la présentation des instruments de mesure.

H1- Les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle plus grande envers leur mère, comparativement au groupe contrôle.

H2- Les enfants asthmatiques présenteront une dépendance plus grande envers leur mère, comparativement au groupe contrôle.

H3- Les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle moins grande envers leur père, comparativement au groupe contrôle.

H4- Les enfants asthmatiques présenteront une implication émotionnelle plus positive envers leur fratrie que le font les enfants du groupe contrôle.

H5- Les enfants asthmatiques évalueront les sentiments venant des membres de leur famille plus négativement que le font les enfants du groupe contrôle.

H6- Les enfants asthmatiques présenteront une estime de soi plus faible que celle des enfants du groupe contrôle.

Les analyses statistiques effectuées vont aussi tenir compte de certaines variables qui peuvent influencer les résultats. Des questions de recherches ont donc été formulées à ce sujet:

Q1- Est-ce qu'il y a des différences au niveau des différentes variables lorsqu'on considère l'état de santé de l'enfant (asthmatique, non-asthmatique) et le sexe de l'enfant?

Q2- Est-ce qu'il y a des différences au niveau des différentes variables lorsqu'on considère l'état de santé de l'enfant (asthmatique, non-asthmatique) et l'âge de l'enfant (5 ans, 6 ans, 7 ans, 8 ans et plus)?


Méthode

Le chapitre suivant expose les divers éléments qui ont servi à la conception de ce projet. Une description des sujets sera d'abord présentée. Les instruments de mesure utilisés ainsi que la procédure seront ensuite décrits.

Les sujets

Cette première partie présente une description de l'échantillon utilisé dans le cadre de cette recherche. Dans un premier temps, la méthode utilisée pour recruter le groupe d'enfants asthmatiques ainsi que la méthode utilisée pour recruter le groupe d'enfants en santé seront présentées. Suivra une présentation plus détaillée de chacun des groupes.

Les enfants asthmatiques qui ont participé à cette recherche demeurent à Trois-Rivières ou au Cap-de-la-Madeleine. Pour entrer en contact avec ces enfants, deux méthodes ont été utilisées. Tout d'abord, les parents de 7 enfants ont répondu à des annonces placées dans les pharmacies de Trois-Rivières ou dans le journal de la ville. Pour faire partie de l'échantillon, les enfants devaient être diagnostiqués asthmatiques par leur médecin.

Les autres sujets du groupe d'enfants asthmatiques (22 enfants) ont été contactés en passant par les directeurs des écoles de quatre écoles primaires du Cap-de-la-Madeleine. Les enfants ont été sélectionnés à partir des fiches de santé que le CLSC fait remplir en début d'année par les parents. Ces fiches de santé se trouvent en permanence dans l'école de l'enfant. Pour que l'enfant soit sélectionné, l'asthme doit être mentionné dans ce dossier médical. Une lettre (voir Appendice A) a ensuite été remise à ces enfants. Cette lettre fournit des informations à propos de la présente recherche. De plus, elle contient deux autorisations: l'autorisation que l'enfant participe à la recherche ainsi que l'autorisation que l'expérimentateur entre en contact avec les parents.

En ce qui concerne les enfants du groupe d'enfants en santé, ils proviennent tous de la même école de Cap-de-la-Madeleine. Le directeur de l'école a remis une lettre d'information et d'autorisation (voir Appendice B) à des élèves choisis au hasard dans les classes de maternelle, première, deuxième et troisième année. Pour faire partie de ce groupe, les enfants ne devaient pas souffrir d'asthme.

Les enfants des deux groupes (contrôle et asthmatique) doivent aussi remplir certains critères pour faire partie de cette recherche. Tout d'abord, ils doivent être en maternelle, première, deuxième ou troisième année au cours de l'année scolaire 1995-1996. De plus, pour les enfants dont les parents sont séparés, l'enfant doit voir le parent absent au moins une fois toutes les deux semaines. Un sujet du groupe d'enfants asthmatiques a dû être exclu puisque les données concernant la garde de l'enfant n'ont pu être recueillies.

Les principales variables (sexe, âge, milieu socio-économique, type de famille) seront maintenant décrites pour chacun des deux groupes. La gravité de l'asthme dont souffrent les enfants du groupe asthmatique sera aussi abordée.

Le groupe d'enfants asthmatiques comprend 29 enfants dont 18 garçons et 11 filles. Le groupe contrôle, de son côté, contient 30 enfants dont 13 garçons et 17 filles. La moyenne d'âge, pour les deux groupes d'enfants est de 7 ans 4 mois. Les enfants du groupe d'enfants asthmatiques ont 7 ans 3 mois de moyenne d'âge et les enfants du groupe contrôle ont 7 ans 6 mois de moyenne d'âge.

En ce qui concerne le milieu socio-économique, on retrouve une bonne partie des enfants asthmatiques (16 enfants) dans un milieu socio-économique moyen, c'est-à-dire que le revenu annuel de la

famille se retrouve entre 30000$ et 45000$. Le revenu annuel des autres familles d'enfant asthmatique se situe au dessus de 45000$ (5 enfants) ou au dessous de 30000$ (5 enfants). D'un autre côté, on retrouve une bonne partie des enfants du groupe contrôle (17 enfants) dans un milieu socio-économique moyen-élevé, c'est-à-dire que le revenu annuel de la famille se retrouve entre 30000$ et 60000$. Le revenu annuel des autres familles du groupe contrôle se situe au dessus de 60000$ (9 enfants) ou en dessous de 30000$ (1 enfant). Certaines données sont manquantes à ce niveau étant donné que certains parents n'ont pas répondu à cette question.

Voyons maintenant les différents types de famille auxquels les enfants appartiennent. Tout d'abord, la majorité des enfants habite avec leurs deux parents naturels soit 22 enfants dans le groupe asthmatique et 24 enfants dans le groupe contrôle. Les autres enfants habitent soit avec leur mère (4 enfants du groupe asthmatique et 1 enfant du groupe contrôle), soit avec un parent et un nouveau conjoint (1 enfant asthmatique et 4 enfants du groupe contrôle) soit avec leur père (1 enfant du groupe asthmatique) ou en garde partagée (1 enfant du groupe asthmatique). Un parent du groupe contrôle n'a pas répondu à cette question.

Dans le questionnaire s'adressant aux parents des enfants asthmatiques, on demande aux parents la fréquence avec laquelle

leur enfant fait des crises d'asthme. À cette question, 5 parents ont répondu que leur enfant fait une crise d'asthme et moins par année; 17 ont répondu que leur enfant fait une crise d'asthme par 3 mois; 4 ont répondu que leur enfant fait une crise d'asthme par mois et 2 ont répondu que l'enfant présente une dyphnée plus ou moins permanente. Une donnée est manquante pour cette question.

Pour certaines analyses statistiques complémentaires, la gravité de l'asthme a été considérée. Les enfants des deux premières catégories (une crise et moins par année et une crise par 3 mois) ont été considérés comme souffrant d'athme léger/modéré et les enfants des deux autres catégories (une crise par mois et dyphnée plus ou moins permanente) ont été considérés comme asthmatiques plus grave.

Les parents des enfants asthmatiques devaient aussi mentionner la principale cause de l'apparition d'une crise d'asthme chez leur enfant. Les parents de 5 enfants ont répondu que la grippe est à l'origine de la crise; 10 ont répondu que l'asthme est relié aux allergies; 3 ont dit que les allergies et la grippe peuvent tous les deux être à l'origine d'une crise et 1 parent a associé l'apparation d'une crise d'asthme à d'autres motifs.

Instruments de mesure

Family Relations Test

Définition. Le Family Relations Test (FRT) a été développé par Eva Bene et James Anthony au milieu des années 50. Cet instrument a pour principaux objectifs d'évaluer la direction et l'intensité des sentiments de l'enfant envers les membres de sa famille ainsi que la perception qu'il a des sentiments de sa famille envers lui.

Le Family Relations Test se présente sous diverses formes. La version à utiliser est choisie selon la personne à laquelle il est administré: version enfant (3-15 ans), version adulte ou version couple. Dans le présent travail, le sigle FRT:E sera utilisé pour représenter la version enfant du Family Relations Test: Enfant.

Matériel. Le matériel nécessaire à la passation du FRT:E comprend 21 figurines représentant des personnes de tous les âges, des deux sexes et de différentes grandeurs et grosseurs. Chacune des figurines est rattachée à une petite boîte (7,5 cm2) sur le dessus de laquelle on retrouve une ouverture. La passation du test nécessite aussi l'utilisation de petites cartes sur lesquelles des phrases sont inscrites (voir Appendice C). La version 3-7 ans comprend 47 items

(cartes) et la version 7-15 ans comprend 99 items. Dans la présente recherche, la version 3-7 ans a été utilisée et elle sera donc l'objet d'une description plus détaillée.

Les 47 items de la version de FRT:E pour jeunes enfants servent à évaluer différentes intensités des sentiments d'amour et de haine vécus par l'enfant par rapport aux membres de sa famille et les sentiment d'amour et de haine qu'il croit que les membres de sa famille éprouvent envers lui. Plus précisément, le FRT:E pour les jeunes enfants évalue:

1- Les sentiments positifs de l'enfant envers les membres de sa famille (ex: N...(nom de l'enfant) pense que tu es gentil. Qui est gentil?). Ils seront appelés **Outgoing positifs** dans le texte.
2- Les sentiments positifs que l'enfant perçoit comme venant des membres de sa famille (ex: Tu aimes N...(nom de l'enfant). Qui aime N...?). Ils seront appelés **Incoming positifs** dans le texte.
3- Les sentiments négatifs de l'enfant envers les membres de sa famille (ex: N... pense que tu es méchant. Qui est méchant?). Ils seront appelés **Outgoing négatifs** dans le texte.
4- Les sentiments négatifs que l'enfant perçoit comme venant des membres de sa famille (ex: Tu fais pleurer N... Qui fait

pleurer N...?). Ils seront appelés Incoming négatifs dans le texte.

Il est à noter que tout au long de ce document, les termes anglais seront utilisés afin d'alléger le texte.

Bene et Anthony (1957), dans le manuel d'administration du test, affirment que les items Outgoing sont ceux qui font de l'enfant quelqu'un d'aimant, d'ambivalent ou d'hostile. Habituellement, chez un enfant sain, les sentiments exprimés sont consistants avec ses attitudes. Les items Incoming, de leur côté, dépendent de deux réalités vécues par l'enfant soient: 1) les sentiments que la personne a réellement envers l'enfant et 2) la réalité psychique de l'enfant qui perçoit les sentiments des membres de sa famille en fonction de ce qu'il veut ou de ce dont il a besoin.

Le FRT:E évalue aussi un autre aspect de la relation de l'enfant à sa famille: Sentiment de dépendance (ex: N... veut que tu l'aides à s'habiller le matin. Qui devrait aider N... à s'habiller le matin?).

<u>Administration.</u> Le FRT:E est un test qui est administré individuellement aux enfants. Il se subdivise en deux catégories: une version s'adresse aux jeunes enfants et une version s'adresse aux enfants plus vieux. Il n'y a pas de règle précise pour décider laquelle

des versions on doit utiliser. Les auteurs se basent sur les étapes de développement de Piaget (1966) pour dire que vers 8 ans, l'enfant perçoit les relations dans sa famille d'une façon plus logique et que c'est vers cet âge que l'on peut administrer la version pour les enfants plus vieux.

La passation du FRT:E est simple et elle se fait sous la forme d'un jeu. L'examinateur questionne d'abord l'enfant à propos de sa famille afin d'en connaître la composition. On demande ensuite au sujet de choisir les figurines qui représenteront chacun des membres de sa famille. L'examinateur introduit à ce moment le personnage "Personne" auquel l'enfant peut attribuer les items qui ne correspondent à aucun des membres de sa famille. Les items sont ensuite lus à l'enfant et celui-ci dépose les petits cartons dans la boîte qu'il désire. Les items peuvent être attribués soit à un membre de la famille, à plusieurs membres de la famille ou à Personne. Lorsque l'enfant veut attribuer un item à plusieurs personnes, il doit le remettre à l'examinateur qui prend en note les membres de la famille auquel l'item est attribué. Les consignes sont données en détails à l'Appendice D.

Correction. Les réponses de l'enfant au FRT:E sont enregistrées sur une feuille prévue à cet effet. Sur cette feuille, on retrouve une colonne pour chacun des membres de la famille de l'enfant (père,

mère, soi, fratrie et autres) ainsi qu'une colonne pour Personne. Dans la marge, les items sont inscrit de 1 à 47 et ils sont placés selon l'aspect qu'ils évaluent (Outgoing positif, Outgoing négatif, Incoming positif, Incoming négatif et Dépendance). L'examinateur n'a qu'à faire un X vis-à-vis la colonne qui représente la personne à qui l'item a été attribué.

L'étape suivante de la cotation consiste à additionner le nombre d'items de chaque sorte qui a été attribué par l'enfant à chacun. On obtient alors un score Outgoing positif pour chaque personne, un score Outgoing négatif pour chaque personne et ainsi de suite. Si on additionne les scores des quatre premières catégories (Outgoing positif, Outgoing négatif, Incoming positif et Incoming négatif), on obtient un score total que les auteurs du test appellent Implication émotionnelle. L'implication émotionnelle est définie comme étant l'importance psychologique arbitraire qu'une personne a pour l'enfant. Le score de dépendance est calculé de la même manière: en additionnant le nombre d'items Dépendance que l'enfant a attribué à chaque membre de sa famille.

<u>Validité et fidélité</u>. N'ayant pas de traduction française valide et fidèle, il faut présenter les indices de validité-fidélité de la version anglaise (7-15 ans) actuellement disponibles. Les résultats de ces

recherches seront présentés ici. Les procédures de traduction du test seront abordées ensuite.

La validité et la fidélité du FRT:E ont été étudiées par plusieurs auteurs. Ces recherches se sont particulièrement attardées à vérifier la validité et la fidélité du FRT:E pour les enfants plus âgés (7-15 ans). La fidélité a été mesurée par Bene et Anthony (1957) et elle varie entre .68 et .90. Kauffman, Weaver et Weaver (1972) rapportent une constance dans les résultats obtenus lors d'un test-retest d'enfants référés pour des difficultés en lecture. Bean (1976) a aussi effectué un test-retest pour vérifier la fidélité du FRT:E (7-15). Les résultats obtenus auprès d'enfants émotionnellement perturbés et d'enfants n'ayant aucun problème émotionnel se situent généralement à un niveau acceptable.

Pour ce qui est de la validité du FRT:E (7-15), les auteurs (Bene et Anthony, 1957) s'appuient sur des histoires de cas, des données qui proviennent des autres membres de la famille et des prédictions basées sur le diagnostique pour dire que le test est valide.

En ce qui concerne la validité et la fidélité du FRT:E pour les jeunes enfants, les auteurs du test ne mentionnent aucun de ces éléments dans le manuel d'utilisation. De plus, aucun article n'a été publié par eux à ce sujet. D'autres auteurs ont cependant utilisé le

FRT:E (3-7) dans leur recherche. Rosen et Brigham (1984) ont vérifié si le sexe des enfants (5-8 ans) influence leurs réponses au FRT:E (3-7). Ils fournissent ainsi des données en relation avec l'âge et le sexe des enfants. Il ressort de cette étude que les garçons démontrent moins de dépendance envers leur mère que les filles; ils attribuent aussi plus d'items Incoming négatifs à leurs parents; ils ont tendance à exprimer la dépendance envers eux-mêmes et ils expriment plus de sentiments négatifs à leur père que les filles. Les filles de leur côté, expriment moins de sentiments négatifs envers leurs parents que le font les garçons; leur sentiment de dépendance est habituellement exprimé envers leur mère et l'expression de ce sentiment décroît avec l'âge. Les auteurs mentionnent finalement l'importance de tenir compte de l'âge et du sexe de l'enfant lors de l'utilisation du FRT:E.

Finalement, il est à noter que le FRT:E a été révisé en 1978 et en 1985 par E. Bene. Seuls des changements mineurs ont été apportés au test.

Traduction. Le FRT:E est un test qui est utilisé dans plusieurs institutions où l'évaluation psychologique d'enfants se pratique. La version française du FRT:E qui a été utilisée lors de cette recherche a été produite à partir de quatre versions:

1- La version utilisée à la clinique pédopsychiatrique du centre hospitalier Ste-Marie (Pavillon Arc-en-Ciel);
2- La version utilisée au centre de consultation en psychologie de l'UQTR;
3- La version utilisée à la Commission Scolaire des Trois-Lacs (Vaudreuil);
4- Une traduction personnelle des items.

Ces différentes versions étant très semblables, seuls quelques changements mineurs ont été apportés.

Pictorial Self-Concept Scale

Définition. Le Pictorial self-concept scale (PSCS) a été développé en 1971 par Boléa, Felker et Barnes. Il veut mesurer le concept de soi chez les enfants de la maternelle à la quatrième année. C'est un test non verbal qui peut être administré de façon individuelle ou en groupe. Le PSCS a été construit en se basant sur les catégories du concept de soi élaborées par Jersild (1952). Ces catégories sont les caractéristiques physiques, l'apparence, la santé, les biens (possessions), la relation avec les animaux, la relation avec les membres de la famille, les activités et passe-temps, les habiletés dans le sport, l'école, l'intelligence, les talents, la personnalité, les relations sociales, la religion, l'indépendance, les croyances et les attitudes sociales.

Administration. Lors de la passation, il est demandé à l'enfant de regarder attentivement chacune des cartes, d'identifier sur chacune de ces cartes l'enfant qui a une étoile sur sa poitrine et de classifier les cartes en disant si l'enfant sur le dessin est "comme moi", "quelques fois comme moi" ou "pas du tout comme moi". Voir l'appendice E pour les consignes utilisées pour ce test.

Matériel. Le matériel nécessaire à la passation du PSCS comprend 50 cartons sur lesquels sont dessinés des personnages dans des situations diverses (voir Appendice F). Les cartons sur lesquels on retrouve un personnage féminin sont utilisés pour les filles alors que ceux où l'on retrouve des personnages masculins sont utilisés pour les garçons.

Le test nécessite aussi l'utilisation de trois cartons de différentes grandeurs (petit moyen et grand) et de différentes couleurs. Ces cartons serviront à guider l'enfant lorsqu'il distribuera les items dans les trois catégories.

Correction. Un groupe de psychologue et de spécialistes du développement humain ont placé les items du test sur une échelle continue de 1 à 50. La moyenne des huit scores donnés à chacune des

cartes a été calculée et est devenue la valeur de concept de soi de cette carte.

Il est possible de corriger le PSCS selon deux méthodes. La première méthode consiste à multiplier la valeur de concept de soi par 1, 2 ou 3 selon la catégorie à laquelle l'item a été attribué.

- chaque item de la colonne «comme moi» est multiplié par 3;
- chaque item de la colonne «quelques fois comme moi» est multiplié par 2;
- chaque item de la colonne «pas du tout comme moi» est multiplié par 1.

On additionne ensuite les scores obtenus dans chacune des trois colonnes. On fait ensuite la moyenne de ces trois résultats. Un score élevé signifie une estime de soi basse alors qu'un score bas signifie une estime de soi élevée.

La méthode utilisée dans cette recherche est une méthode de correction plus récente. Il s'agit de faire la moyenne des valeurs (moyenne de scores des juges) des items inclus dans la catégorie «comme moi» et de la soustraire de la moyenne des valeurs des items inclus dans la catégorie «pas comme moi». Un score élevé signifie alors une estime de soi élevée alors qu'un score bas signifie

une estime de soi faible. En Appendice G, les feuilles de dépouillement de ce test sont présentées.

Validité et fidélité. Les auteurs du test ont testé la fidélité du PSCS à l'aide de la méthode où l'on compare une moitié des réponses données par un sujet à l'autre moitié des réponses (split-half). Pour ce faire, 1813 enfants de la maternelle à la quatrième année ont été testés et la fidélité obtenue est de .85. Les auteurs considèrent ce résultat comme pouvant être faussement élevé étant donné que l'échantillon comportait des enfants de la maternelle à la quatrième année.

La validité du PSCS a été testée en comparant le score obtenu à ce test à celui obtenu au Piers-Harris (1964), qui est un test d'estime de soi valide et fidèle. La corrélation de .42 ($N=63$, $p<.01$) supporte l'hypothèse selon laquelle le PSCS est valide.

Une autre manière de vérifier la validité du PSCS a été de comparer le score obtenu au PSCS avec un classement effectué par le directeur d'école et par le professeur. Ceux-ci devaient diviser les élèves en deux groupes selon leur jugement: ceux qui ont une estime de soi positive et ceux qui ont une estime de soi négative. On vérifiait ensuite si le classement effectué par le directeur et par le professeur correspond au score d'estime de soi obtenu par l'enfant.

Chez les filles, on retrouve une différence de 26 entre la moyenne des scores obtenus au PSCS par les élèves appartenant au groupe évalué comme ayant une estime de soi positive et ceux appartenant au groupe d'élèves évalués comme ayant une estime de soi négative ($t=3.88$, $p<.01$). Chez les garçons, la différence entre les deux groupes est de 16 ($t=2.28$, $p<.05$). Ces résultats entérinent aussi l'hypothèse selon laquelle le PSCS est valide.

Questionnaires. Deux questionnaires ont été utilisés dans le cadre de cette recherche: un questionnaire socio-démographique (Appendice H) et un questionnaire portant sur l'état de santé des enfants asthmatiques (Appendice I). Ces deux questionnaires ont été construits par l'auteur. Un formulaire de consentement a aussi été rempli par les parents qui ont été contacté par les petites annonces (voir Appendice J).

Déroulement

L'expérimentation de cette recherche s'est déroulée dans deux cadres différents. Premièrement, la majorité des sujets ont été contactés dans leur école et ont été rencontrés dans ce même milieu (22 enfants asthmatiques et les 30 enfants du groupe contrôle). Les autres enfants, contactés grâce à des annonces dans les journaux et dans les pharmacies, ont été rencontrés à l'université (7 enfants asthmatiques).

Dans les deux cadres, la passation des tests a été effectuée par un examinateur féminin. Le local où s'est déroulé l'expérimentation était meublé d'une table et de deux chaises.

Pour les enfants qui ont été rencontrés en milieu scolaire, la première étape de l'expérimentation consiste à aller chercher l'enfant dans sa classe. Ensuite, l'expérimentateur se présente et explique à l'enfant que ses parents ont accepté qu'il rencontre une personne de l'université pour l'aider dans un travail. L'enfant est ensuite conduit dans le local d'expérimentation. Les deux tests lui sont ensuite administrés. Le premier à être administré est le Family Relations Test (voir l'Appendice D pour les consignes) suivi du Pictorial Self-Concept Scale (voir l'Appendice E pour les consignes). À la fin de l'expérimentation, un autocollant est remis à

l'enfant pour le remercier de sa participation. L'enfant est ensuite reconduit dans sa classe. Pour ce groupe, les réponses au questionnaire socio-démographique ainsi qu'au questionnaire sur l'asthme (pour les enfants asthmatiques) sont obtenues par téléphone.

Pour les enfants qui ont été rencontré à l'université, une procédure semblable a été utilisée. Les parents et l'enfant sont d'abord accueillis à l'entrée de l'université. L'enfant est ensuite invité à s'installer dans le local d'expérimentation. Les parents attendent leur enfant dans une salle d'attente et les questionnaires sont remplis sur place par eux.



Résultats

Analyse des données

Cette première partie de la section Résultats présente le traitement des données ainsi que les analyses statistiques utilisées.

Les données ont été recueillies à l'aide de deux tests administrés aux enfants et de deux questionnaires aux parents. Tout d'abord, le Family Relations Test de Bene et Anthony (1957) et le Pictorial Self-Concept Scale (PSCS) de Bolea, Felker et Barnes (1971) ont été utilisés auprès des enfants asthmatiques et des enfants en santé. Dans un deuxième temps, les parents des enfants asthmatiques et des enfants en santé ont répondu à un questionnaires socio-démographique et les parents des enfants asthmatiques ont répondu à un questionnaire portant sur l'état de santé de leur enfant.

La transformation des données du Family Relations Test (FRT) sera maintenant l'objet d'une présentation plus approfondie étant donné les particularités de ce test.

Avec le FRT, des résultats sont obtenus pour chacun des membres de la famille de l'enfant (père, mère, soi, fratrie et autres) ainsi que pour Personne (auquel l'enfant attribue les items qu'il ne veut pas attribuer aux membres de sa famille). De plus, divers types de sentiments sont évalués (Outgoing positif, Outgoing négatif, Incoming positif, Incoming négatif et Dépendance). Il faut additionner le nombre d'items de chaque sorte qui a été attribué par l'enfant à chacun afin d'obtenir un score Outgoing positif pour chaque personne, un score Outgoing négatif pour chaque personne et ainsi de suite. Si on additionne les scores des quatre premières catégories (Outgoing positif, Outgoing négatif, Incoming positif et Incoming négatif), on obtient un score total que les auteurs du test appellent Implication émotionnelle. Il y a un score d'Implication émotionnelle pour chaque personne de la famille. On obtient aussi des scores de Dépendance en comptant les items Dépendance administrés à chaque personne de la famille. Un score de Dépendance pour la mère, un pour le père, et ainsi de suite.

Le FRT comporte un aspect très important qu'il ne faut pas négliger lorsqu'on l'utilise en recherche. En effet, dans les règles d'administration du FRT, on retrouve une consigne qui dit que l'enfant peut attribuer un item à plusieurs personnes de sa famille. Ainsi, on peut retrouver des enfants qui ont utilisé 47 items, 48 items, 49 items, etc. Le nombre d'items utilisés par les enfants n'est donc pas constant. Il faut donc diviser le nombre d'items remit à la mère, par

exemple, par le nombre total d'items utilisés par l'enfant. Ainsi, on obtiendra le pourcentage d'items que l'enfant a remis à sa mère et on pourra comparer les résultats. La même méthode a été utilisée en ce qui concerne la fratrie. Étant donné que chaque enfant n'a pas le même nombre de frères et de soeurs, une transformation en pourcentage a aussi été utilisée.

Pour répondre aux hypothèses qui se rapportent au FRT:E, différentes variables ont été crées. Voyons donc, pour chacune des hypothèses, les opérations qui ont été utilisées:

H-1 Implication émotionnelle envers la mère:

Outgoing positif + Outgoing négatif + Incoming positif + Incoming négatif

H-2 Dépendance envers la mère:

Somme des items de Dépendance attribuées à la mère

H-3 Implication émotionnelle envers le père:

Outgoing positif + Outgoing négatif + Incoming positif + Incoming négatif

H-4 Implication émotionnelle positive envers la fatrie:

Outgoing positif + Incoming positif

H-5 Sentiments négatifs venant de la famille:

Incoming positif attribué au père + Incoming positif attribué à la mère + Incoming positif attribué à la fatrie

Comme il a été mentionné précédemment, ces opération ont ensuite été divisé par le nombre total d'items utilisé par l'enfant et/ou par le nombre de frères et soeurs.

Le Pictorial Self-Concept Scale (PSCS), développé en 1971 par Boléa, Felker et Barnes, veut mesurer l'estime de soi chez les enfants de la maternelle à la quatrième année. Un score est obtenu en faisant la moyenne des valeurs (moyenne de scores des juges) des items inclus dans la catégorie "comme moi" et de la soustraire de la moyenne des valeurs des items inclus dans la catégorie "pas comme moi".

Deux questionnaires ont été utilisés dans le cadre de cette recherche: un questionnaire socio-démographique et un questionnaire portant sur l'état de santé des enfants asthmatiques. Les résultats de ces questionnaires ont été utilisés sans modification.

Les analyses statistiques seront maintenant présentées. Dans un premier temps, des statistiques descriptives (moyenne, écart-type, etc.) ont été calculées par rapport aux variables: âge, scolarité du père et scolarité de la mère. Ensuite, des tableaux de fréquence ont été obtenus pour les variables: salaire, sexe, situation familial (parents mariés, divorcés, nouveau conjoint), cause de l'apparition d'une crise d'asthme et gravité de l'asthme. Des commandes de

transformation générales et des commandes de transformation restreintes ont été utilisées pour créer de nouvelles variables.

La commande de procédure T-TEST a été utilisée afin de répondre aux hypothèses et aux questions de recherche. Pour les questions de recherche, la commande ANOVA a aussi été utilisée afin d'étudier l'interaction conjuguées des différents facteurs (âge, sexe, gravité de l'asthme) sur les variables dépendantes. Finalement, des analyses supplémentaires ont été faites à l'aide de la commande CORRELATION. Il est à noter que pour la construction du fichier et l'interprétation des résultats, le livre de Bryman et Cramer (1990) a été consulté.

Présentation des résultats

Cette section présente les divers résultats obtenus après l'analyse statistique des données. Les résultats obtenus après les analyses descriptives seront d'abord présentées. Les résultats obtenus pour chacune des hypothèses seront ensuite exposées et les questions de recherche seront abordées tout au long de la présentation des résultats.

Différentes analyses descriptives ont été utilisées afin de cerner les particularités des groupes d'enfants (asthmatique et en santé) qui ont participé à cette recherche. Comme le démontre le Tableau 1, les enfants asthmatiques ont une moyenne d'âge de 90.17 mois (7 ans 3 mois), leur père a une moyenne de 13.04 années de scolarité et leur mère a 13.64 années de scolarité. Les enfants en santé, de leur côté, ont une moyenne d'âge de 86.57 mois (7 ans 6 mois), leur père a une moyenne de 14.82 années de scolarité et leur mère a 15.31 années de scolarité.

Tableau 1

Résultats des analyses descriptives

	Asthmatiques	Non-Asthmatiques
Age (mois)	90.17	86.57
Scolarité du père (années)	13.04	14.82
Scolarité de la mère	13.64	15.31

Les données obtenus dans les tableaux de fréquence démontrent que le groupe d'enfants asthmatiques contient 29 enfants dont 18 garçons et 11 filles et que le groupe contrôle contient 30 enfants dont 13 garçons et 17 filles. En ce qui concerne le milieu socio-économique, on retrouve 16 familes d'enfant asthmatique dans un milieu socio-économique moyen (entre 30000$ et 45000$), 5 familles d'enfant asthmatique se situent au-dessus de 45000$ et 5 familles d'enfant asthmatique se situent en dessous de 30000$. Pour ce qui est des enfants en santé, on retrouve 17 enfants dans un milieu socio-économique moyen-élevé (entre 30000$ et 60 000$) et 9 enfant au-dessus de 60000$.

Voyons maintenant les résultats se rapportant aux hypothèses et aux questions de recherche.

H-1 Les enfants asthmatiques présenteront une Implication émotionnelle plus grande envers leur mère, comparativement au groupe contrôle.

Les résultats des analyses qui concernent cette première hypothèse démontre que H-1 est rejetée c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe d'enfants asthmatiques (M = 24%) et le groupe d'enfants en santé (M = 24%) pour ce qui est de l'Implication émotionnelle envers la mère $t(57)=.14$, $p>.05$. Il y a aussi absence de résultat significatif lorsqu'on compare les garçons asthmatiques (M = 23%) aux garçons en santé (M = 23%), $t(29)=.11, p>.05$.

Tableau 2

Pourcentage d'Implication émotionnelle envers la mère en fonction de différents sous-groupes

	non-asthmatique	asthmatique	signif.
POPULATION TOTALE	24%	24%	n.s.
GARÇONS	23%	23%	n.s.
5-6 ans	-	-	-
6-7 ans	18%	22%	n.s.
7-8 ans	25%	22%	n.s.
8 et plus	25 %	24%	n.s.
FILLES	25%	25%	n.s.
5-6 ans	20%	30%	n.s.
6-7 ans	26%	20%	n.s.
7-8 ans	28%	35%	n.s.
8 et plus	22%	23%	n.s.

Note: Les traits (-) signifient que le sous-groupe n'est pas assez important pour obtenir des résultats.

Les résultats qui ont été obtenus en fonction de l'âge des enfants et en fontion du sexe rejettent aussi H-1 comme on peut le constater en observant le Tableau 2. Effectivement, les garçons (asthmatiques et en santé) et les filles (asthmatiques et en santé) des différents groupes d'âge obtiennent des résultats assez

semblables lorsqu'on considère le pourcentage des items Implication émotionnelle (Outgoing positif + Outgoing négatif + Incoming positif + Incoming négatif) qu'ils ont attribué à leur mère. Les résultats qui se rapprochent le plus d'un résultat significatif sont ceux obtenus par les filles de 5-6 ans $t(2)=3.55, p=.07$; ce résultat est obtenu auprès d'une petite population d'enfants.

H2- Les enfants asthmatiques présenteront une Dépendance plus grande envers leur mère, comparativement au groupe contrôle.

Les résultats des analyses statistiques démontrent que l'hypothèse H-2 doit être rejetée lorsque la population totale des enfants asthmatiques (M=46%) est comparée à la population totale des enfants en santé (M=44%), $t(48) =.31, p>.05$. Les garçons asthmatiques (M=42%) ne démontrent pas une Dépendance significativement plus grande envers leur mère que les garçons en santé (M=35%), $t(26)=1.16, p>.05$. De même, les filles asthmatiques (M=53%) ne démontrent pas une Dépendance significativement plus grande envers leur mère que les filles en santé (M=51%), $t(26)=.16$, $p>.05$. Les résultats obtenus en comparant les asthmatiques et les non-asthmatiques appartenant aux différents groupes (âge et sexe) sont aussi en faveur du rejet de H-2.

De leur côté, les analyses multifactorielles démontrent que le facteur sexe a un effet sur la Dépendance qu'exprime l'enfant envers sa mère ($p<.05$). Ce résultat est obtenu auprès de l'ensemble des enfants (enfants asthmatiques et enfants en santé). Ce résultat n'est pas obtenu lorsqu'on considère les enfants asthmatiques seulement.

H3- Les enfants asthmatiques présenteront une Implication émotionnelle moins grande envers leur père, comparativement au groupe contrôle.

Les résultats des analyses qui concernent cette troisième hypothèse démontrent qu'elle doit être rejetée. Il n'y a donc pas de différence significative entre le groupe d'enfants asthmatiques (M=20%) et le groupe contrôle (M=21%) en ce qui concerne l'Implication émotionnelle envers le père $t(56)=.79, p>.05$. De plus, il n'y a pas de résultats significatifs lorsqu'on compare les garçons asthmatiques (M=19%) aux garçons en santé (M=20%), $t(28)=.45, p>.05$. Les résultats qui ont été obtenus en fonction de l'âge des enfants et en fontion du sexe rejettent aussi cette hypothèse. Ainsi, les asthmatiques et les non-asthmatiques des deux sexes et des différents groupes d'âge obtiennent des résultats semblables lorsqu'on considère le pourcentage des items Implication émotionnelle attribués au père.

H4- Les enfants asthmatiques présenteront une Implication émotionnelle plus positive envers leur fratrie que le font les enfants du groupe contrôle.

Les résultats des analyses démontrent que le groupe d'enfants asthmatiques (M=12%) et le groupe d'enfants en santé (M=13%) ont une Implication émotionnelle positive semblable envers leur fratrie $t(54)=.96, p>.05$. Lorsqu'on compare les garçons asthmatiques (M=10%) aux garçons non-asthmatiques (M=11%), on constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes $t(28)=.46, p>.05$. De plus, lorsqu'on compare les filles asthmatiques (M=14%) aux filles non-asthmatiques (M=15%), on constate aussi qu'il n'y a pas de différence significative $t(24)=.24, p>.05$. La majorité des résultats qui impliquent les différentes sous-populations de l'échantillon ne sont pas significatifs (voir Tableau 3). Le seul résultat significatif se retrouve chez les garçons de 6-7 ans et le résultat obtenu est contraire à l'hypothèse 4; les enfants non-asthmatiques de ce groupe démontrent donc plus d'Implication émotionnelle positive envers la fratrie que les enfants asthmatiques.

Tableau 3

Pourcentage d'Implication émotionnelle positive envers la fratrie en fonction de différents sous-groupes

	non-asthmatique	asthmatique	signif.
POPULATION TOTALE	13%	12%	n.s
GARÇONS	11%	10%	n.s.
5-6 ans	-	-	-
6-7 ans	14%	5%	*
7-8 ans	11%	9%	n.s.
8 et plus	9%	15%	n.s.
FILLES	15%	14%	n.s.
5-6 ans	-	-	-
6-7 ans	18%	16%	n.s.
7-8 ans	13%	7%	n.s.
8 et plus	14%	16%	n.s.

Note: Les traits (-) indiquent que le sous-groupe n'est pas assez grand pour obtenir des résultats et l'étoile (*) représente un résultat significatif.

Les analyses multifactorielles démontrent que le facteur sexe a un effet sur les sentiments positifs qu'exprime l'enfant envers sa fratrie ($p<.05$). Ce résultat est obtenu auprès des enfants asthmatiques et des enfants en santé (constituant un seul groupe).

Lorsqu'on considère les enfants asthmatiques seulement le même résultat n'est pas obtenu.

H5- Les enfants asthmatiques évalueront les sentiments venant des membres de leur famille plus négativement que le font les enfants du groupe contrôle.

L'analyse des résultats démontre que les enfants asthmatiques (M=15%) et les enfants en santé (M=12%) perçoivent de façon comparable les sentiments négatifs qui proviennent de leur famille $t(54)=1.30, p>.05$. Lorsqu'on compare les résultats des garçons asthmatiques (M=16%) et des garçons en santé (M=11%), pour cette même hypothèse, on obtient une différence très près d'être significative, $t(28)=1.73, p=.09$. Les filles asthmatiques et les filles en santé ne démontrent pas de résultats significativement différents, $t(24)=.34$, $p>.05$. Les résultats obtenus en fonction de l'âge des enfants et en fontion du sexe ont donné un seul résultat significatif. Dans le groupe des 6-7 ans, on retrouve une différence significative entre les garçons asthmatiques (M=22%) et les garçons en santé (M=12%) en ce qui concerne les sentiment négatifs provenant de la famille, $t(8)=2.86, p<.05$.

L'analyses multifactorielle démontrent que les facteurs sexe et âge ont un effet conjoint sur les sentiments négatifs que les

enfants (asthmatiques et en santé) perçoivent de la part des membres de leur famille ($p<.05$). Lorsqu'on considère les enfants asthmatiques seulement le même résultat n'est pas obtenu.

H6- Les enfants asthmatiques présenteront une estime de soi plus faible que celle des enfants du groupe contrôle.

Les résultats des analyses qui concernent cette dernière hypothèse démontre que H-6 doit être rejetée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe d'enfants asthmatiques (M=13,24) et le groupe contrôle (M=13,13) pour ce qui est de l'estime de soi, $t(57)=.05, p>.05$. Les garçons asthmatiques (M=12,83) démontrent aussi une estime de soi comparable à l'estime de soi des garçons en santé (M=11,08), $t(29)=.65, p>.05$. Chez les filles, des résultats semblables sont obtenus; l'estime de soi des filles asthmatiques (M=13,91) est comparable à celle des filles en santé (M=14,71), $t(26)=.26, p>.05$. Les résultats obtenus en fonction de l'âge des enfants et en fontion du sexe rejettent aussi H-6. Ainsi, les asthmatiques et les non-asthmatiques des deux sexes et des différents groupes d'âge obtiennent des scores d'estime de soi comparables.

Des analyses statistiques supplémentaires ont été faites sur les données recueillies lors de cette recherche. Un T-Test a tout

d'abord été effectué pour vérifier si une différence existe, au niveau de la Dépendance envers le père, entre les différents groupes et sous-groupes de l'échantillon. La même commande a été utilisée afin de voir s'il existe des différences entre les groupes et sous-groupes au niveau du nombre d'items attribué à Personne. Aussi, pour l'ensemble des hypothèses et des questions de recherche, il a été vérifié si la gravité de l'asthme est un facteur qui vient influencer les résultats. Finalement, il a été vérifié si une corrélation existe entre l'estime de soi, l'implication émotionnelle envers la mère, l'implication émotionnelle envers le père, la dépendance envers la mère et la dépendance envers le père.

Certains résultats sont significatifs et ils seront présentés ici. Tout d'abord, un différence significative a été observée entre la Dépendance envers le père des filles asthmatiques (M=20%) et la dépendance envers le père des filles en santé (M=31%), $t(26)=2.16, p<.05$. Cette différence est absente dans la population totale ainsi que chez les garçons.

Des différences significatives ont aussi été trouvées en comparant les garçons asthmatiques légers aux garçons en santé. Premièrement, les garçons souffrant d'asthme léger (M=17%) attribuent significativement plus d'items Incomming négatifs aux membres de leur famille que garçons en santé (M=11%),

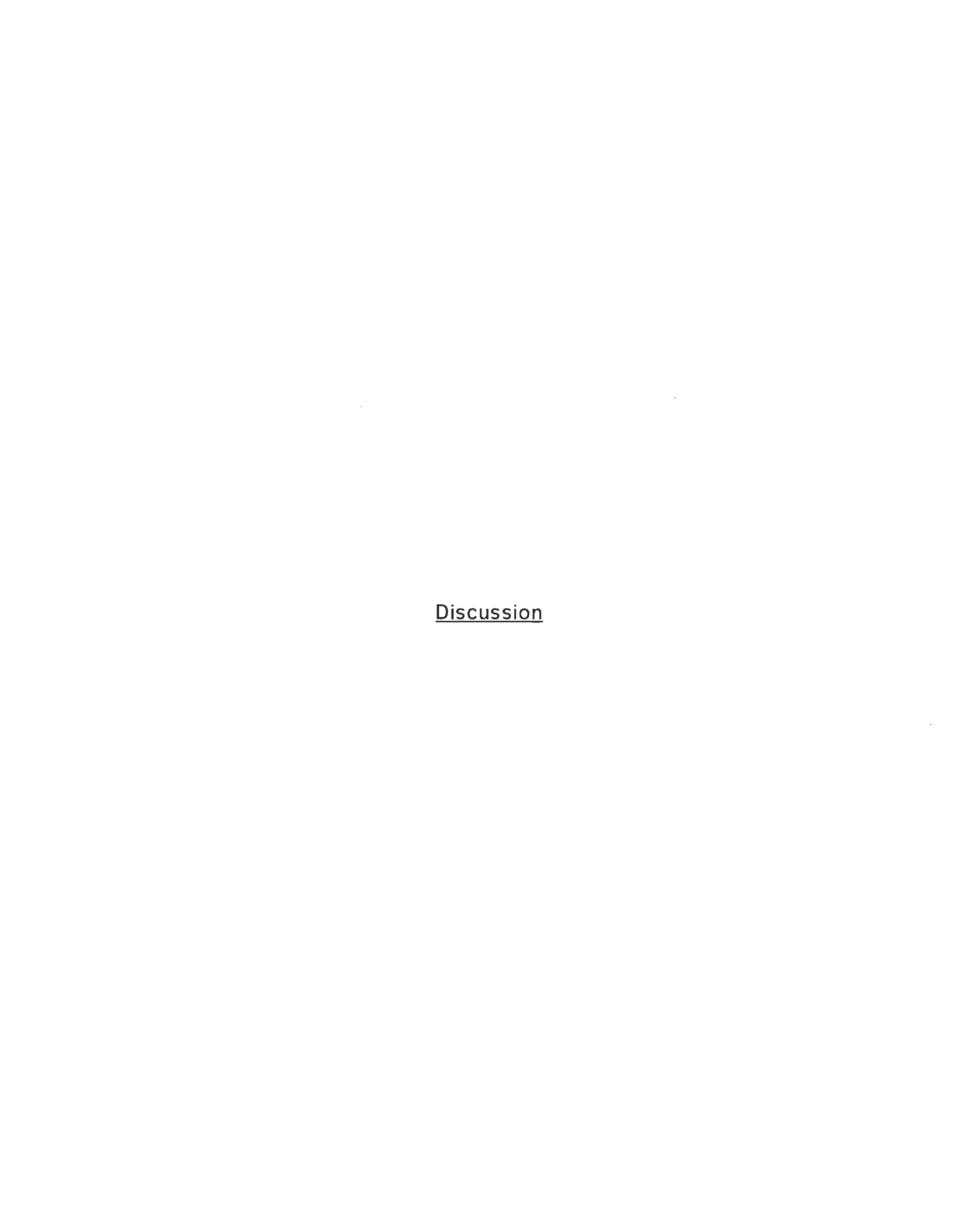
$t(25)=2.14, p<.05$. De plus, les garçons asthmatiques légers (M=14%) attribuent moins d'items à Personne que les garçons en santé (M=25%), $t(26)=2.43, p<.05$. Les filles asthmatiques âgées entre 6 et 7 ans (M=27%) attribuent aussi plus d'items négatifs à Personne que les filles en santé (M=19%), $t(5)=2.66, p<.05$. Ces résultats se retrouvent aussi dans les analyses multifactorielles où les facteurs santé et sexe ont un effet conjoint sur le nombre d'items attribué à Personne par les enfants asthmatiques et en santé (formant un seul groupe).

Les asthmatiques légers (garçons et filles) ont aussi été comparés aux asthmatiques graves (garçons et filles). Les résultats démontrent tout d'abord que les asthmatiques graves (M=29%) attribuent significativement plus d'items à Personne que les asthmatiques légers (M=16%), $t(26)=2.89, p<.01$. Les asthmatiques légers (M=25%) présentent aussi une plus grande Dépendance envers leur père que les asthmatiques graves (M=12%), $t(26)=1.99, p<.05$.

Dans un deuxième temps, une étude de relation a été menée sur certaines variables (estime de soi, implication émotionnelle envers la mère, implication émotionnelle envers le père, dépendance envers la mère et dépendance envers le père). Dans l'ensemble de l'échantillon (enfants asthmatiques et enfants en santé), il ressort une corrélation positive significative entre la Dépendance envers la

mère et l'Implication émotionnelle envers la mère $r(59)=.44, p<.001$; il ressort aussi une corrélation négative significative entre la Dépendance envers la mère et la Dépendance envers le père $r(58)=.26, p<.05$. Les mêmes liens se retrouvent de façon plus prononcée chez les enfants asthmatiques. Ainsi, on retrouve une corrélation positive significative entre la Dépendance envers la mère et l'Implication émotionnelle envers la mère, $r(28)=.53, p<.01$ ainsi qu'une corrélation négative significative entre la Dépendance envers la mère et la Dépendance envers le père $r(28)=.43, p<.05$.

En conclusion, on constate que l'ensemble des résultats obtenus lors de l'analyse des résultats ne supporte pas les hypothèses de recherche lorsque l'ensemble des enfants asthmatiques et des enfants en santé sont pris en considération. Des analyses portant sur les sous-groupes de l'échantillon ont donné quelques résultats intéressants. De plus, des analyses supplémentaires ont permis d'obtenir des données sur la relation entre l'enfant asthmatique et son père. Des résultats significatifs ont aussi été obtenus lorsque la gravité de l'asthme des enfants est considérée.



Discussion

La présente recherche se base sur la conception selon laquelle l'asthme est une maladie qui a des répercussions au niveau physique et au niveau psychologique chez l'enfant. Dans un premier temps, l'estime de soi des enfants asthmatiques est étudiée. Il est présumé que l'estime de soi des enfants asthmatiques de la maternelle et du premier cycle primaire est plus faible que celle des enfants d'un groupe d'enfants en santé du même âge. Dans un deuxième temps, les relations familiales dans la famille de l'enfant asthmatique sont étudiées. Les perceptions de l'enfant à l'égard de sa famille et les perceptions qu'il croit que les membres de sa famille ont pour lui sont obtenues. Plus précisément, cette recherche veut étudier l'implication émotionnelle de l'enfant envers sa mère, son père, ses frères et soeurs, l'évaluation que l'enfant fait des sentiments qui proviennent de sa famille ainsi que la dépendance de l'enfant envers sa mère.

Dans le présent chapitre, un regard critique sera posé sur les résultats obtenus. Dans un premier temps, les résultats seront discutés; les retombées possible de cette recherche seront ensuite abordées; finalement, les forces et les faiblesse de cette recherche seront présentées.

La première hypothèse, celle selon laquelle les enfants asthmatiques présentent une implication émotionnelle plus grande envers leur mère que les enfants d'un groupe contrôle, n'a pas été confirmée par les résultats obtenus lors de la présente recherche. Cela signifie que l'importance psychologique que l'enfant asthmatique accorde à sa mère est comparable à celle que l'enfant en santé accorde à sa mère. Ces résultats ne corroborent pas ceux obtenus dans une recherche précédente qui a utilisé le même test soit le Family Relations Test (Bene & Anthony, 1957) afin de vérifier la même hypothèse. Effectivement, les résultats obtenus par Perzanowska (1985) démontrent que les enfants asthmatiques ont une implication émotionnelle plus grande envers leur mère que les enfants d'un groupe contrôle.

L'écart entre les résultats des deux recherches peut être attribuable aux tests utilisés puisque Perzanowska, dans sa recherche, a utilisé la version du Family Relations Test qui s'adresse aux enfants plus âgés alors que la version pour les enfants plus jeunes a été utilisée pour la présente recherche. Les deux versions du FRT sont semblables, mais il ne faut quand même pas négliger le fait que des différences peuvent exister. Par exemple, la version du FRT pour les enfants plus vieux comporte un plus grand nombre d'items que la version pour les enfants plus jeunes. Il est donc possible que la version pour les enfants plus vieux mesure plus

fidèlement l'implication émotionnelle puisque plus un test comporte d'items, plus il est fidèle (Guedon, Belzil et Boucher, 1978). Il faut préciser que la fidélité du FRT pour les enfants plus jeunes n'a pas été mesurée jusqu'à maintenant.

Il est aussi possible que la divergence entre les résultats soit due à une différence dans la méthode utilisée. Effectivement, dans la recherche effectuée par Perzanowska, les sujets asthmatiques ont été pairés à des enfants en santé alors que, dans la présente recherche, le pairage n'a pas été utilisé. Ainsi, dans la présente recherche, quelques différences existent entre les deux groupes; il y a d'abord un léger écart entre le milieu socio-économique des deux groupes, il y a aussi une différence entre le nombre de garçons et de filles inclus dans les groupes et des enfants qui appartiennent à des groupes d'âges différents ont été testés. Cependant, les facteurs sexe et âge ont été contrôlés en faisant des analyses sur différents sous-groupes de l'échantillon. Seul le facteur socio-économique n'a pas été vérifié.

Une différence dans la gravité de l'asthme est aussi possible. Les enfants de la présente recherche présentent divers types d'intensité d'asthme; ceux de la recherche de Perzanowska (1985) devaient être sous traitement pour l'asthme. Il est donc possible que les enfants asthmatiques qui ont participé à la recherche de cet

auteur souffrent d'asthme plus grave que les enfants asthmatiques de la présente recherche. Il est aussi possible que comme dans la recherche effectuée par Schöbinger, Florin, Reichbauer Lindemann et Zimmer (1993), les caractéristiques de la relation avec la mère soit en relation avec la gravité de l'asthme. Les résultats obtenus par Meijer (1976) vont aussi dans ce sens puisque, selon les résultats de ces recherches, plus l'asthme est grave, plus l'enfant attribue d'items Incoming positifs à sa mère et plus l'asthme est grave, moins il attribue d'items négatifs à sa mère. Cependant, même en considérant la gravité de l'asthme lors des analyses statistiques, aucun résultat significatif n'ont été constaté; il faut cependant mentionner que ces résultats sont obtenus auprès d'une petite population.

L'hypothèse 2, selon laquelle les enfants asthmatiques présentent une dépendance plus grande envers leur mère que le font les enfants du groupe contrôle, a été rejetée. Ce résultat peut être expliqué du fait que les enfants qui ont fait partie de l'échantillon souffrent majoritairement d'asthme léger/modéré. Effectivement, Williams (1975), affirme que le conflit entre la dépendance et l'indépendance est plus grand en fonction de la gravité de l'asthme. Cependant, les auteurs ne s'accordent pas tous pour dire que la gravité de l'asthme et la dépendance sont reliées. Par exemple, Meijer (1978), ne trouve pas de différence entre ces deux variables.

D'un autre côté, il faut noter une différence entre les garçons asthmatiques et les garçons en santé pour ce qui est de la dépendance envers la mère. Même s'ils ne sont pas significatifs, ces résultats corroborent ceux obtenus par Meijer (1976). Celui-ci a effectivement noté que les mères des garçons asthmatiques, comparativement aux mères des garçons en santé, perçoivent leur enfant comme étant plus dépendant. Il est donc possible que les garçons asthmatiques perçoivent cette dépendance. Meijer, dans sa recherche, a aussi utilisé la version pour les enfants plus vieux du Family Relations Test. Dans cette version du FRT, il n'y a pas de mesure de dépendance; celle-ci est remplacée par l'Indulgence et la Surprotection. Les garçons asthmatiques de l'échantillon de Meijer (1976) attribuent moins de ces items à leur mère que les enfants en santé. Meijer explique ces résultats en disant que les garçons asthmatiques font du déni par rapport aux sentiments de dépendance qu'ils vivent par rapport à leur mère. Une différence entre les enfants plus vieux de l'échantillon de Meijer et les enfants plus jeunes du présent échantillon est notable. Il est possible que les garçons asthmatiques plus jeunes expriment plus ouvertement leur dépendance que les asthmatiques plus vieux. Ce résultat appuient celui obtenu par Meijer (1976) selon lequel plus un enfant souffre d'asthme grave, moins il exprime de sentiments envers sa mère.

Voyons maintenant les raisons qui peuvent expliquer les résultats obtenus lors de la vérification de l'hypothèse 3, selon laquelle les pères des enfants asthmatiques ont une implication émotionnelle moins grande envers leur enfant que les pères des enfants du groupe contrôle. Cette hypothèse a été rejetée, ce qui signifie que l'importance psychologique que l'enfant asthmatique accorde à son père est comparable à celle que l'enfant en santé accorde à son père. Premièrement, il est intéressant de noter que ces résultats vont dans le même sens que les résultats obtenus par Meijer (1976). Effectivement, celui-ci ne constate aucune différence entre l'implication émotionnelle exprimée par les enfants asthmatiques envers leur père et l'implication émotionnelle exprimée par les enfants du groupe contrôle envers leur père. Ces résultats viennent aussi appuyer les résultats obtenus par Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten (1987) selon lesquelles les pères des enfants asthmatiques sont de plus en plus impliqués dans les soins dispensés aux enfants. Ainsi, l'enfant asthmatique aurait une relation positive avec son père et il aurait une perception positive de sa relation avec lui.

Les résultats des analyses démontrent que l'hypothèse 4 doit être rejetée. Ainsi, dans la présente recherche, les enfants asthmatiques n'attribuent pas plus d'items positifs à la fratrie que le font les enfants du groupe contrôle. Ces résultats ne corroborent pas les résultats obtenus par Perzanowska (1985). Selon cet

auteur, les enfants asthmatiques attribuent plus d'items positifs à leurs frères et soeurs que le font les enfants en santé.

Il faut signaler qu'un résultat significatif contraire à H-4 a été obtenu. Les garçons en santé âgés entre 6 et 7 ans ont attribué plus d'items positifs à la fratrie que les garçons asthmatiques. Ainsi, à l'intérieur de ce sous-groupe, les enfants asthmatiques ne perçoivent pas la relation avec leur fratrie d'une façon positive. Warren, (1994) lorsqu'il décrit l'impact de l'asthme allergique sur l'enfant et sa famille, signale les effets négatifs de l'asthme sur la fratrie. Un autre auteur (McKeever, 1983) constate qu'il existe une relation négative entre les enfants qui ont une maladie chronique ou un problème de santé et leurs frères et soeurs. Cet auteur mentionne une rivalité et de l'hostilité entre l'enfant malade et sa fatrie. En se basant sur ces recherches, on peut expliquer les résultats obtenus chez les garçons de 6-7 ans. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la majorité des résultats ne sont pas significatifs. Par conséquent, on peut croire que les enfants qui souffrent d'asthme léger/modéré perçoivent la relation avec leur fatrie de la même manière que le font les enfants en santé.

Selon la cinquième hypothèse, les enfants asthmatiques vont évaluer les sentiments qui viennent de leur famille plus négativement que le font les enfants en santé. Cette hypothèse a été

rejetée pour la plupart des sous-groupes de l'échantillon; le seul résultat significatif se retrouve chez les garçons de 6-7 ans. Ces résultats signifient que la majorité des enfants asthmatiques de l'échantillon perçoit les sentiments négatifs qui proviennent de leur famille de la même manière que le font les enfants en santé.

Lorsque le nombre d'items Incoming négatifs attribué à la famille par les garçons asthmatiques légers est comparé à celui attribué par les garçons en santé, une différence significative a été trouvée. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Meijer (1976). Celui-ci obtient effectivement une corrélation négative entre le nombre d'items Incoming négatifs donnés à la mère et la gravité de l'asthme. Un enfant asthmatique léger/modéré attribue donc plus de ces items à sa mère qu'un asthmatique sévère. Meijer explique ce résultat en disant que la gravité de l'asthme est positivement associée (corrélation positive) avec un minimum d'expression de sentiments envers la mère. Il est donc possible que la même relation se trouve ici, chez les garçons asthmatiques légers, mais envers l'ensemble de la famille. De plus, cette hypothèse est appuyée par le fait que les asthmatiques légers de la présente recherche attribuent moins d'items à Personne que les enfants en santé. Il semble donc que les garçons asthmatiques légers expriment plus ouvertement leurs sentiments par rapport aux membres de leur famille que le font les garçons en santé ou les garçons asthmatiques sévères.

La sixième hypothèse est celle qui dit que l'enfant asthmatique va présenter une estime de soi plus faible que celle des enfants en santé. Les résultats des analyses statistiques qui concernent cette hypothèse ne sont pas significatifs. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Vazquez, Fontan et Buesco (1992) et Heilveil et Schimmel (1982) qui arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative entre les enfants asthmatiques et les enfants en santé en ce qui concerne l'estime de soi. Vazquez, Fontan et Buesco (1992) expliquent l'absence de résultats significatifs en disant que les asthmatiques de leur échantillon (asthme moyen) ne vivent pas de restrictions dues à leur maladie alors que les asthmatiques sévères ont un développement physique, psychologique et social qui peut être perturbé, ce qui entraîne une estime de soi plus faible. Les résultats de la présente recherche vont aussi dans le même sens que ceux obtenus par Panides & Ziller (1981) qui obtiennent une estime de soi adéquate auprès d'une population d'asthmatiques moyens. Cet aspect est associé, selon ces auteurs, à une moins grande dépendance, une meilleure qualité de vie et une vision optimiste par rapport au futur.

Les résultats obtenus lors des analyses statistiques supplémentaires démontrent que les filles asthmatiques sont plus dépendantes de leur père que les filles en santé. Associé à ce

résultat, il a aussi été trouvé que, lorsque la dépendance envers la mère diminue, celle envers le père augmente. Habituellement, dans la littérature, la dépendance de l'enfant asthmatique est attribuée à la mère plutôt qu'au père. Ainsi, les résultats de la présente recherche démontrent peut-être que la dépendance que vit l'enfant asthmatique peut être attribuée tant au père qu'à la mère. Ce résultat vient appuyer l'hypothèse de Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten (1987) qui affirment que les pères des enfants asthmatiques sont de plus en plus impliqués dans les soins donnés aux enfants. Dans une recherche effectuée par Parker & Lipscombe (1979), on démontre que la surprotection du père envers son enfant asthmatique apparaît comme une conséquence à la maladie. D'un autre côté, il aurait été intéressant de voir qui s'occupe des soins donnés à l'enfant afin de vérifier si la dépendance vécu par l'enfant est en relation avec ce facteur. L'expression de la dépendance envers le père peut aussi être lié au fait que les femmes se retrouvent de plus en plus sur le marché du travail. À ce sujet, il est à noter que les mères des enfants asthmatiques ont le nombre d'années de scolarité le plus élevé, comparativement aux autres parents de l'échantillon. Une vérification à ce niveau serait intéressante dans une recherche future.

Les analyses ont aussi démontré que les asthmatiques légers/modérés, comparativement aux asthmatiques sévères, attribuent plus d'items de dépendance envers le père. Ce résultat

peut être expliqué en utilisant les résultats obtenus par Meijer (1976) qui dit que plus l'asthme est grave, moins l'enfant exprime ses sentiments envers sa mère. L'enfant asthmatique léger/modéré serait donc plus sujet à exprimer librement ses émotions. La dépendance manifestée par les enfants asthmatiques légers/modérés envers leur père peut aussi être expliquées par le fait que le père est impliqué dans les soins donnés à l'enfant (Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten, 1987) et par la surprotection du père en réaction à la maladie de l'enfant (Parker et Lipscombe, 1979).

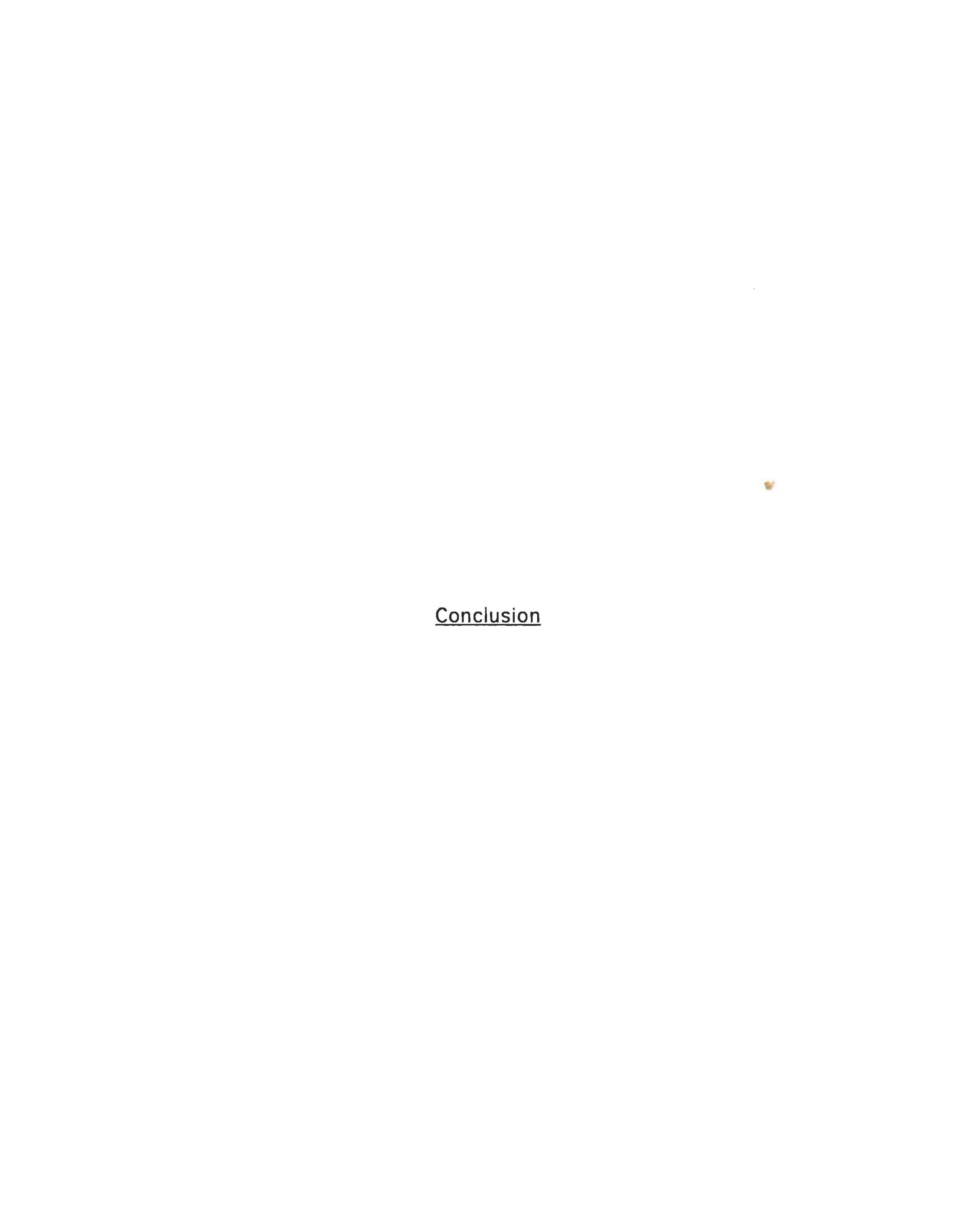
Retombées

La présente recherche vise tout d'abord à étudier l'estime de soi des enfants asthmatiques, elle vise aussi à obtenir la vision de l'enfant asthmatique par raport à sa famille. Les résultats obtenus ont avant tout une utilité clinique. Ils peuvent être utilisés par tous les intervenants impliqués dans le traitement de l'asthme d'un enfant, particulièrement ceux qui considèrent la santé mentale des enfants malades. Les aspects qui peuvent être abordés avec l'enfant asthmatique et sa famille sont: l'autonomie de l'enfant et l'expression des sentiments négatifs. Ces aspects doivent être utilisés en considérant les différents sous-groupes présents dans cette recherche (les sous groupes ont été formés par rapport à l'âge, au sexe et à la gravité de l'asthme). Ils doivent aussi être considérés en regard du membre de la famille avec lequel l'aspect en question pose un problème. Par exemple, le père est très peu souvent mentionné dans les articles qui traitent de la dépendance chez les enfants asthmatiques alors que dans la présente recherche, des résultats intéressants concernent ce sujet.

De plus, cette recherche peut avoir une influence sur la perception que les intervenants ou les chercheurs ont de la relation entre l'enfant asthmatique et sa mère. Habituellement, dans la documentation, c'est entre ces deux personnes (mère-enfant) que se

trouve le lien de dépendance. Ici, c'est entre le père et les filles asthmatiques ainsi qu'entre le père et les asthmatiques légers qu'un lien de dépendance est trouvé. Ce résultat mérite d'être souligné d'une façon particulière puisque, sans annuler les résultats obtenus lors de recherchers précédentes à ce sujet, il nous amène vers une reconsidération du lien de dépendance entre l'enfant asthmatique et sa mère.

Ces résultats obtenus auprès d'une population d'enfants de la maternelle et du premier cycle du primaire permettent d'intervenir lorsque l'enfant est très jeune. Ils permettent aussi de cibler les groupes à risque. Il ne faut quand même pas oublier que chacun des cas rencontrés est unique et qu'il faut toujours tenir compte des aspects individuels de la famille.



Conclusion

Cette recherche a pour objectifs généraux de vérifier la perception que l'enfant asthmatique a de lui-même en utilisant une mesure d'estime de soi et d'obtenir la perception de l'enfant asthmatique par rapport aux relations dans sa famille. Plus précisément, elle tente de voir si, comparativement à un groupe d'enfants en santé, les enfants asthmatiques ont une estime de soi plus faible, les enfants asthmatiques présentent une implication émotionnelle et une dépendance plus grande envers leur mère; les enfants asthmatiques présentent une implication émotionnelle moins grande envers leur père; les enfants asthmatiques présentent une implication émotionnelle plus positive envers leur fratrie et enfin, les enfants asthmatiques évaluent les sentiments venant des membres de leur famille plus négativement.

Ces hypothèses se basent sur le fait que dans les recherches précédentes, des particularités dans les relations entre l'enfant asthmatique et sa famille ont été constatées (Minuchin et al., 1975; Onnis, Tortolani et Cancrine, 1986; Molinari, Taverna, Gasca Constantino, 1994), entre l'enfant asthmatique et sa mère (Williams, 1975; Gizynski et Shapiro, 1990; Askinden, Watten et Faleide, 1993) et entre l'enfant asthmatique et son père (Knapp, 1969; Infante-Rivard, Sukia, Roberge et Baumgarten, 1987). L'enfant asthmatique

perçoit aussi certaines particularités dans les relations qu'il entretient avec les membres de sa famille (Meijer, 1976, 1978, 1981; Perzanowska, 1985)

Les résultats obtenus lors des l'analyses démontrent que, lorsque l'ensemble du groupe d'enfants asthmatiques est comparé à l'ensemble du groupe d'enfants en santé, il n'y a pas de différence. Des analyses ont aussi été menées en tenant compte de différents sous-groupes (âge, sexe) et des résultats significatifs ont été obtenus au niveau de l'implication émotionnelle envers la fratrie et de l'évaluation des sentiments négatifs provenant de la famille.

Des analyses supplémentaires ont été effectués et divers résultats ont été obtenus. Tout d'abord, une différence significative a été trouvé entre la Dépendance exprimée par filles asthmatiques envers leur père et la Dépendance exprimée par les filles en santé envers leur père . Les asthmatiques légers expriment aussi une plus grande Dépendance envers leur père que les asthmatiques graves.

D'autres analyses démontrent que les asthmatiques légers (garçons et filles) attribuent plus d'items Incomming négatifs aux membres de leur famille que garçons en santé. Les asthmatiques graves (garçons et filles) attribuent significativement plus d'items à Personne que les asthmatiques légers. Les garçons asthmatiques

légers attribuent moins d'items à Personne que les garçons en santé et finalement, les filles asthmatiques âgées entre 6 et 7 ans attribuent aussi plus d'items négatifs à Personne que les filles en santé du même âge.

Une corrélation positive significative a été trouvée entre la Dépendance envers la mère et l'Implication émotionnelle envers la mère. Une corrélation négative significative entre la Dépendance envers la mère et la Dépendance envers le père a aussi été trouvée.

L'ensemble de ces résultats sont intéressants puisqu'ils nous renseignent sur les caractéristiques des différents sous-groupes de l'échantillon. Ils nous informent aussi sur les jeunes enfants asthmatiques puisque peu de recherches fournissent des renseignements sur ceux-ci. Enfin, étant donné que les données ont été obtenues auprès d'une population d'asthmatiques légers/modérés, il faut en tenir compte lors de leur compréhension et de leur utilisation.

Références

Alexander, F. (1967). La médecine psychosomatique: Ses principes et ses applications. Paris: Payot.

Askildsen, E. C., Watten, R. G., & Faleide, A. O. (1993). Are parents of asthmatic children different from other parents? Psychotherapy and psychosomatics, 60(2), 91-99.

Barron, C., Veilleux, P., & Lamarre, A. (1992). The family of the asthmatic child. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 12-16.

Bean, B. W. (1976). An investigation of the reliability and validity of the Family Relations Test. Dissertation Abstracts International, 37, 4127B.

Bene, E., & Anthony, J. (1957). Manual for the Family Relations Test. Londres: National Foundation for Educational Research in England and Wales.

Bolea, A. S., Felker, D. W., & Barnes, M. D. (1971). A Pictorial Self-Concept Scale for children in K-4. Journal of Educationnal Measurement, 8(3), 223-224.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books.

Bryman, A, & Cramer, D. (1990). Quantitative data analysis for social scientists. Londre: Routledge

Canny, J. C., & Levison, H. (1993). L'asthme infantile: Guide à l'intention des parents (4e éd.). Toronto: Hopital for Sick Children.

Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Gardner, R. A. (1992). Self-esteem problems of children: Psychodynamics and psychotherapy. Cresskill, New Jersey: Creative Therapeutics.

Gizynski, M., & Shapiro, V.B. (1990). Depression and childhood illness. Child and Adolescent Social Work, 7(3), 179-197.

Guedon, M.-C., Belzil, R. & Boucher, F. (1978). Problèmes de mesure en psychologie. Montréal: Librairie de l'Université de Montréal.

Hanvey, L., Avard, D., Graham, I., Underwood, K., Campbell, J., & Kelly, C. (1994). La santé des enfants au Canada: Profil réalisé par l'ISCI (2e éd.). Ottawa: Institut Canadien de la Santé Infantile.

Heilveil, I., & Schimmel, B. (1982). Self-esteem in asthmatic children. Journal of Asthma, 19(4), 253-254.

Hilliard, P. H., Fritz, G. K., & Lewiston, N. J. (1985). Levels of aspiration of parents for their asthmatic, diabetic, and healthy children. Journal of Clinical Psychology, 41(5), 587-597.

Infante-Rivard, C., Sukia, S. E., Roberge, D., & Baumgarten, M. (1987). The changing frequency of childhood asthma. Journal of asthma, 24(5), 283-288.

Jersild, A. T. (1952). In search of self: An exploration of the role of the school in promoting self-understanding. New-York: Teachers College Press.

Kauffman, J. M., Weaver, S. J., & Weaver, A. (1972). Family Relations Test responses of retarded readers: Reliability and comparative data. Journal of Personnality Assessement, 36, 353-360.

Knapp, P. H. (1969). The asthmatic and his environment. Journal of Nervous and Mental Disease, 149, 133.

Kreisler, L. (1984). L'expression corporelle dans la psychopathologie de l'enfant: Propositions de base. L'information Psychiatrique, 60(8), 857-868.

Lajoie, P., Lebel, G., Leduc, R., Boulet, L.-P., Bourbeau, J., & Bernard, P.-M. (1994). Étude sur la relation entre les visites à l'urgence des hôpitaux pour l'asthme, la qualité de l'air et les conditions météorologiques pour la communauté urbaine de Québec (1990-1991). Gouvernement du Québec.

Lawrence, D. (1988). Enhancing self-esteem in the classroom. Londre: Paul Chapman.

Mao, Y., Semenciw, R., Morrisson, H., MacWilliam, L., Davies, J., & Wigle, D. (1987). Increased rates of illness and death from asthma in Canada. Canadian Medical Association Journal, 137, 620-624.

Margalit, M. (1982). Multivariate concept of psychosomatic illness: The self-concept of asthmatic children. International Journal of Social Psychiatry, 28(2), 145-148.

Mazet, P. (1977). Symptômes, maladies et malades psychosomatiques dans l'enfance. Revue de Neuropsychiatrie infantile, 25(3-4), 195-201.

Mazet, P., & Storelu, S. (1988). Psychopathologie du nourisson et du jeune enfant. Paris: Masson.

McKeever, P. (1983). Siblings of chronically ill children: A literature review with implications for research and practice. American Journal of Orthopsychiatry, 53(2), 209-218.

Meijer, A. (1976). Generation chain relationship in families of asthmatic children. Psychosomatics, 17(4), 213-217.

Meijer, A. (1978). Source of dependency in asthmatic children. Psychosomatics, 19(6), 351-355.

Meijer, A. (1981). A controlled study on asthmatic children and their families: Synopsis of findings. The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 18(3), 197-208.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. Archives of General Psychiatry, 32, 1031-1038.

Molinari, E., Taverna, A., Gasca, G., & Constantino, A. L. (1994). Collaborative team approach to asthma: A clinical study. Family Systems Medicine, 12(1), 47-59.

Nelms, B. C. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. Journal of Abnormal Child Psychology, 17(6), 657-668.

Onnis, L., Tortolani, D., & Cancrini, L. (1986). Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process, 25(1), 107-121.

Parker, G., & Liscombe, P. (1979). Parental overprotection and asthma. Journal of Psychosomatic Research, 23(5), 295-299.

Panides, W. C., & Ziller, R. C. (1981). The self-perceptions of children with asthma and asthma-enuresis. Journal of Psychosomatic Research, 25(1), 51-56.

Peckham, C. & Butler, N. (1978). A national study of asthma in chilhood. Journal of Epidemiology and Community Health, 32, 79-85.

Perzanowska, A. (1985). Emotional relations within the family in the perception of asthmatic children. Psychologia Wychowawcza, 28(4), 420-431. (Tiré de Psyclit Database copyright 1987 American Psychological Association)

Piaget, J. (1966). La psychologie de l'intelligence. Paris: Armand Colin.

Piers, E. V., & Harris, D. B. (1964). Age and other corralates of self-concept in children. Journal of Educational psychology, 55, 91-95.

Piquet, J., & Mellat, M. (1991a). Asthme: Définition et épidémiologie. Soins, 555, 4-6.

Piquet, J., & Mellat, M. (1991b). Asthme: Physiopathologie. Soins, 555, 7-10.

Piquet, J., & Mellat, M. (1991c). Bilan de l'asthme. Soins, 555, 14-18.

Plutchik, R., Williams, M. H., Jr., Jerret, I., Karasu, T. B., & Kane, C. (1978). Emotions, personnality and life stresses in asthma. Journal of Psychosomatic Reasearch, 22, 425-431.

Pope, A, W., Mc Hale, S. M., & Craighead, W. E. (1988). Self esteem enhancement with children and adolescents. New York: Pergamon Press.

Rosen, A. C., & Brigham, S. L. (1984). Sex differences in affective response on the Bene-Anthony Test. Journal of Personality Assessment, 48(5), 520-524.

Schöbinger, R., Florin, I., Reichbauer, M., Linderman, H., & Zimmer, C. (1993). Childhood asthma: Mother's affective attitude, mother-child interaction and children's compliance with medical requirement. Journal of Psychosomatic Research, 37(7), 697-707.

Schöbinger, R., Florin, I., Zimmer, C., Lindeman, H., & Winter, H. (1992). Childhood asthma: Paternal critical attitude and father-child interaction. Journal of Psychosomatic Research, 36(8), 742-750.

St-Arnaud, Y. (1979). La psychologie, modèle systémique. Montréal: Les éditions du CIM.

Stein, R., & Jessop, D. (1982). A noncategorical approach to chronic childhood illness. Public Health Reports, 97(4), 354-362.

Tames, P. (1989). Prendre le temps de respirer: Bien vivre avec l'asthme et les autres maladies respiratoires. Montréal: Éditions Grosvenor.

Teiramaa, E. (1979). Asthma, psychic disturbances and family history of atopic disorders. Journal of Psychosomatic Research, 23, 209-217.

Tournier, G. (1979). Asthme. In R. Perelman, J. C. Desbois & M. Nathanson (Éds.), Pédiatrie pratique: le nourisson et l'enfant (Vol.2), (pp. 1805-1811). Paris: Maloine.

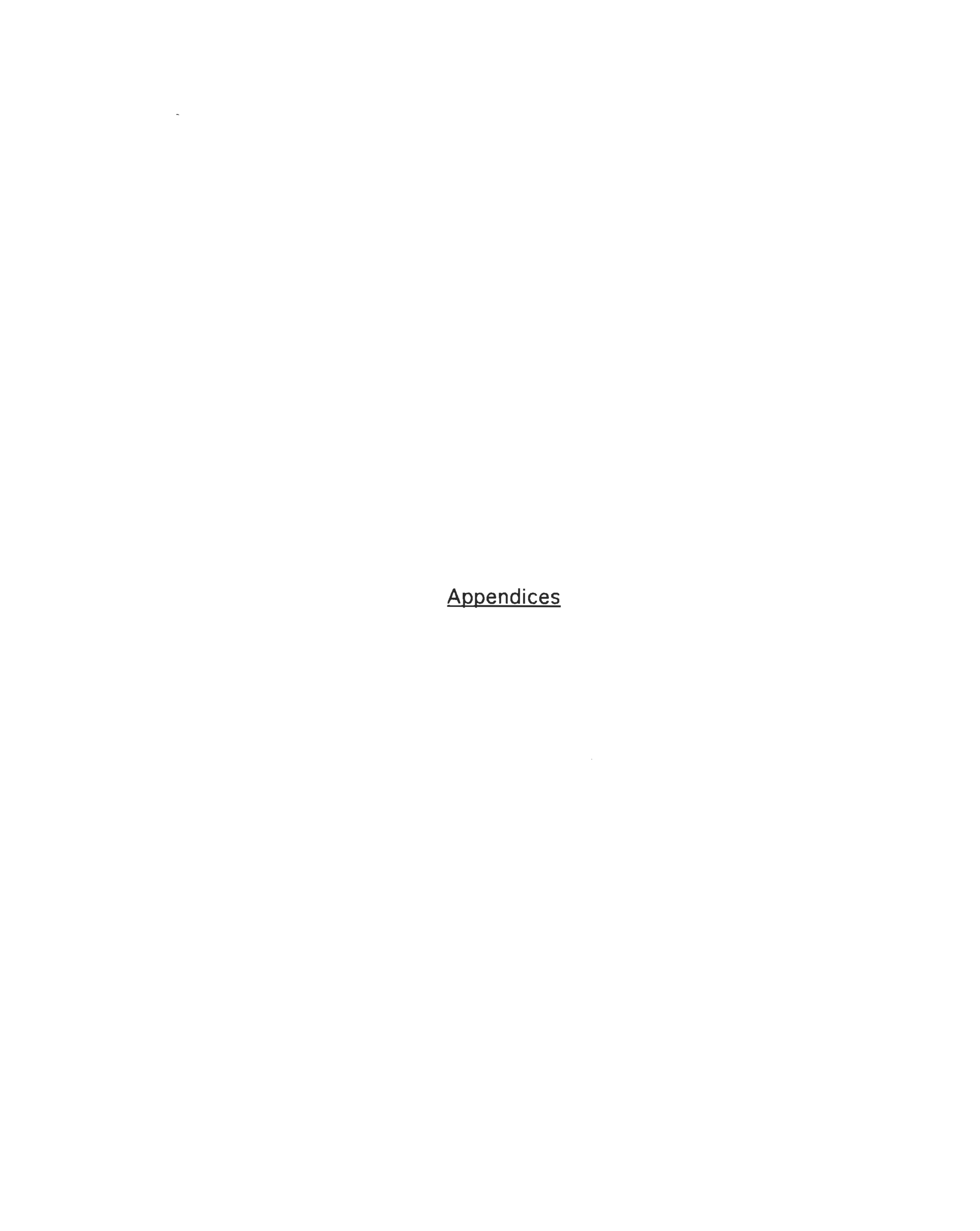
Vazquez, M. I., Fontan-Buesco, J., Buceta, J. M. (1992). Self-perception of asthmatic children and modification through self-management programmes. Psychological Reports, 71, 903-913.

Vialatte, J. (1983). L'asthme. Paris: Presses Universitaires de France.

Warren, R. (1994). Preventive behavior problems in asthma and allergies. Clinical Pediatrics, 33(10), 617-624.

Williams, J.S. (1975). Aspects of dependence-independance conflict in children with asthma. Journal of child psychology and psychiatry, 16, 199-217.

Yamamoto, K. (Éd.). (1972). The child and his image: The self concept in early years. Boston: Houghton Mifflin.



Appendices

Appendice A

Lettres aux parents d'enfant asthmatique

Trois-Rivières, le 13 mars 1996

Chers parents,

Dans le cadre de sa maîtrise en psychologie à l'UQTR, une étudiante (Geneviève Duclos) m'a informé de son désir de mener une recherche portant sur l'asthme chez les enfants âgés entre 5 et 8 ans. Elle a donc fait appel à moi afin de prendre contact avec vous.

La recherche de Mme Duclos veut vérifier si une relation peut être établie entre l'asthme de l'enfant et son estime de soi ainsi qu'entre l'asthme et la perception que l'enfant a de sa famille.

Cette recherche implique une cueillette de données socio-démographique qui se fera par téléphone avec les parents ainsi qu'une rencontre avec votre enfant, d'une durée de 20 minutes, qui aura lieu à l'école durant les heures de classe.

Il est clair que cette recherche respecte les règles de la confidentialité. Plus précisément, le nom et le prénom de l'enfant n'apparaîtra sur aucun document. Il est également important de mentionner que cette étude est faite sous la supervision de Monsieur André Cloutier Ph.D., professeur au département de psychologie à l'UQTR. Soyez libres de refuser de participer à cette recherche. Par ailleurs, ceux qui acceptent d'y participer pourront prendre connaissance des résultats.

Pour plus d'informations ou si vous avez des questions, vous pouvez joindre Geneviève Duclos à ce numéro: 372-XXXX.

Merci de votre attention,

Le directeur de votre école

Coupon-Réponse

___ Je consens à ce que mon enfant ____________________ participe à la recherche effectuée par Geneviève Duclos dans le cadre de sa maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données recueillies seront gardées confidentielles.

___ J'accepte que Geneviève Duclos me contacte par téléphone.
Numéro de téléphone: __________________

Adresse (afin de vous faire parvenir les résultats): ____

________________________ ___________________________
Signature des parents Date

(Retournez au professeur le plus tôt possible)

Appendice B

Lettre aux parents des enfants du groupe contrôle

Trois-Rivières, le 31 janvier 1996

Chers parents,

Dans le cadre de ma maîtrise en psychologie à l'UQTR, j'effectue une recherche concernant le vécu des enfants asthmatiques. Afin de réaliser ce projet, j'ai besoin de votre participation. Effectivement, il m'est nécessaire de former un groupe contrôle, c'est-à-dire un groupe d'enfants n'ayant aucun trouble asthmatique afin de le comparer au groupe d'enfants asthmatiques. Pour ce faire, je dois obtenir votre consentement à ce que je rencontre votre enfant.

Il est à noter que les rencontres avec les enfants, d'une durée de 20 minutes, auront lieu à l'école durant les heures de classe. Les évaluations utilisées porteront sur l'estime de soi et sur les relations familiales.

La recherche se déroulera dans la confidentialité; d'ailleurs, les résultats seront analysés en groupe plutôt que vus individuellement. Il est également important de mentionner que cette étude est faite sous la supervision de Monsieur André Cloutier, professeur au département de psychologie à l'UQTR. Je désire aussi vous informer de votre droit de vous retirer de cette recherche à n'importe quel moment.

Pour plus d'informations ou si vous avez des questions, vous pouvez me joindre au numéro indiqué ci-bas.

Merci de votre attention

Geneviève Duclos

372- XXXX

Coupon-Réponse

Je consens à ce que mon enfant _________________________ participe à la recherche effectuée par Geneviève Duclos dans le cadre de sa maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données recueillies seront gardées confidentielles.

________________________ ________________________

Signature des parents Date

(Retournez au professeur le plus tôt possible)

Appendice C

Items du Family Relations Test

00
N... pense que tu es gentil.
Qui est gentil?

01
N... t'aime.
Qui N... aime-t-il (elle)?

02
N... aime jouer dans ton lit.
Dans quel lit N... aime-t-il (elle) jouer?

03
N... te donne des becs.
À qui N... aime-t-il (elle) donner des becs?

04
N... aime s'asseoir sur tes genoux.
Sur les genoux de qui N... aime-t-il (elle) s'asseoir?

05
N... aime être ton (ta) petit(e) garçon (fille).
De qui N... aime-t-il (elle) être le (la) petit(e) garçon (fille)?

06
N... aime jouer avec toi.
Avec qui N... aime-t-il (elle) jouer?

07
N... aime prendre une marche avec toi.
Qui prendrait une marche avec N...?

10
N... pense que tu es vilain.
Qui est vilain?

11
N... ne t'aime pas.
Qui N... n'aime-t-il (elle) pas?

12
N... pense que tu es une mauvaise personne.
Qui est une mauvaise personne?

13
N... voudrait te donner une fessée.
À qui N... aimerait-il (elle) donner une fessée?

14
N... veut que tu t'en ailles.
Qui N... voudrait-il (elle) voir s'en aller?

15
N... te déteste.
Qui N... déteste-il (elle)?

16
N... pense que tu es une méchante personne.
Qui est une méchante personne?

17
Tu fais fâcher N...
Qui fait fâcher N...?

20
Tu aimes jouer avec N...
Qui aime jouer avec N...?

21
Tu aimes embrasser N...
Qui aime embrasser N...?

22
Tu souris à N...
Qui sourit à N...?

23
Tu mets N... de bonne humeur.
Qui met N... de bonne humeur?

24
Tu aimes serrer N... dans tes bras.
Qui aime serrer N... dans ses bras?

25
Tu aimes N...
Qui aime N...?

26
Tu es gentil pour N...
Qui est gentil pour N...?

27
Tu penses que N... est un(e) gentil(le) petit(e) garçon (fille).
Quelle personne pense que N... est un(e) gentil(le) petit(e) garçon (fille)

30
Tu tapes N...
Qui tape N...?

31
Tu rends N... triste.
Qui rend N... triste?

32
Tu chicanes N...
Qui chicane N...?

33
Tu fais pleurer N...
Qui fait pleurer N...?

34
Tu es fâché contre N...
Qui est fâché contre N...?

35
Tu dis que N...est vilain.
Qui dit que N... est vilain?

36
Tu dis que N... est un(e) mauvais(e) garçon (fille).
Qui dit que N... est un(e) mauvais(e) garçon (fille)?

37
Tu n'aimes pas N...
Qui n'aime pas N...?

40
N... aime que tu viennes le coucher le soir.
Qui devrait venir coucher N... le soir?

41
N... veut que tu lui serves son repas.
Qui devrait servir le repas de N...?

42
N...veut que tu l'aides à prendre son bain.
Qui devrait aider N... à prendre son bain?

43
N... aime aller te voir quand il (elle) s'est fait mal.
Qui N... veut-il (elle) voir quand il (elle) s'est fait mal?

44
N... veut que tu répares ses jouets quand ils sont brisés.
Qui devrait réparer les jouets de N... quand ils sont brisés?

45
N... veut que tu l'aides à s'habiller le matin.
Qui devrait aider N... à s'habiller le matin?

46
N...veut que tu sois avec lui (elle) quand ça ne va pas bien.
Qui N... veut-il voir quand ça ne va pas bien?

47
N... veut que tu viennes quand il (elle) a peur.
Qui N... veut-il (elle) voir quand il (elle) a peur?

Appendice D

Consignes du Family Relations Test

Bonjour, mon nom est __________.
Quel est ton nom? Quel âge as-tu?
Aujourd'hui, nous allons faire des jeux ensemble.

Avant de commencer, j'aimerais que tu me dises qui sont les membres de ta famille, ceux qui vivent à la maison avec toi. Je voudrais que tu me dises aussi l'âge de tes frères et soeurs.

Maintenant, j'aimerais que tu choisisses un personnage pour représenter chacun des membres de ta famille. Lequel voudrais-tu pour représenter ta mère? Lequel voudrais-tu pour représenter ton père? Lequel voudrais-tu pour te représenter?
Bien, mantenant, je vais ajouter un personnage à ceux que tu as choisi. Il s'appelle Personne et je vais t'expliquer à quoi il va servir dans une minute.

Tu vois, ici, j'ai des cartons sur lesquelles des messages sont inscrits. Je vais te lire les messages et toi, tu vas choisir à quelle personne dans ta famille, le message va le mieux. Tu vois, il y a une

fente sur le dessus de chaque boîte et tu peux y déposer le message. Si tu décides que le message correspond à aucune personne de ta famille, tu le donnes à Personne. Il est aussi possible que tu décides que le message va à plusieurs personnes; si c'est le cas, tu n'as qu'à me remettre le message. Maintenant, rappelle toi bien! Si un message va le mieux à une personne, tu lui donnes le message. Si il va à plusieurs personnes, tu me le donnes et si il ne va pas à personne, tu le postes à Personne.

Appendice E

Consignes du Pictorial Self-Consept Scale

Maintenant, nous allons faire un deuxième jeu ensemble. Pour faire ce jeu, nous avons besoin de ces cartons de couleur (placer les cartons, en ordre de grandeur, devant l'enfant) et de ces images. Je vais te remettre le paquet de cartes où se trouvent les images et je vais t'expliquer ce que tu dois faire.

Sur chaque cartes, il y a un petit garçon avec une étoile sur son gilet. Est-ce que tu vois le petit garçon avec l'étoile sur son gilet? Toi, tu dois regarder ce garçon. Tu verras, sur d'autres cartes, il y aura d'autres personnages mais toi, c'est le garçon qui a une étoile sur son gilet que tu dois regarder. Quel garçon dois-tu regarder?

Ensuite, si tu penses que l'enfant avec l'étoile sur son gilet est comme toi, tu places l'image sur le gros carton bleu (pointer le carton). Le gros carton bleu est pour les images qui sont comme toi. Si tu penses que l'enfant avec l'étoile sur son gilet est quelques fois comme toi, tu places l'image sur le moyen carton rose (pointer le carton). Le moyen carton rose est pour les images qui sont quelques fois comme toi. Enfin, si tu penses que l'enfant avec l'étoile sur son

gilet n'est pas du tout comme toi, tu places l'image sur le petit carton jaune (pointer le carton). Le petit carton jaune est pour les images qui ne sont pas du tout comme toi.

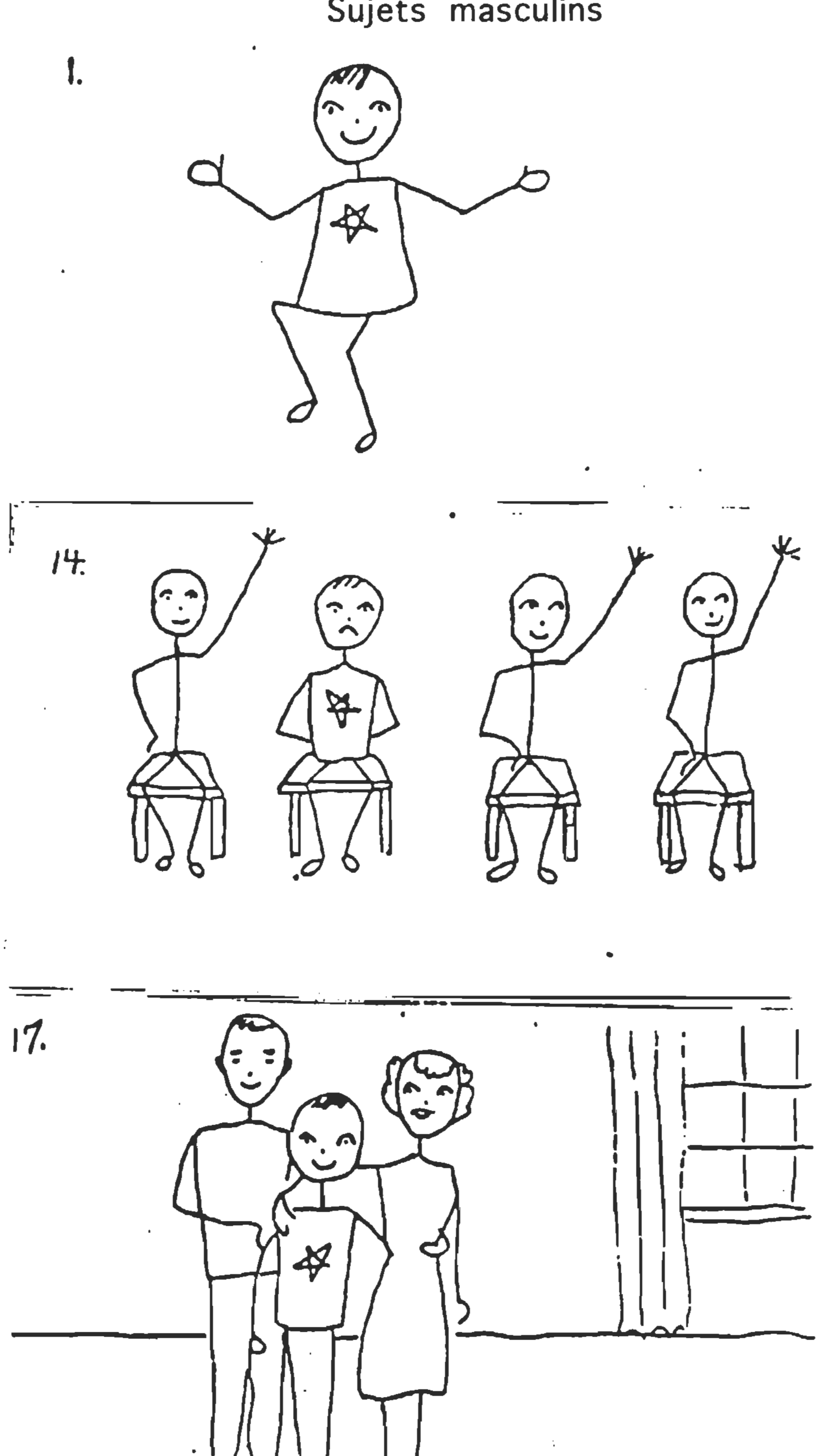
Si le garçon avec l'étoile sur son gilet est comme toi, où vas-tu placer l'image? Si le garçon avec l'étoile sur son gilet est quelques fois comme toi, où vas-tu placer l'image? Si le garçon avec l'étoile sur son gilet n'est pas du tout comme toi, où vas-tu placer l'image? As-tu bien compris ce que tu dois faire? Si tu as une question, tu peux me la poser et je vais t'aider.

(Si l'examinateur rencontre une fille, il utilise le paquet les cartes sur lesquelles des filles sont dessinées et il change les consignes en conséquence.)

Appendice F

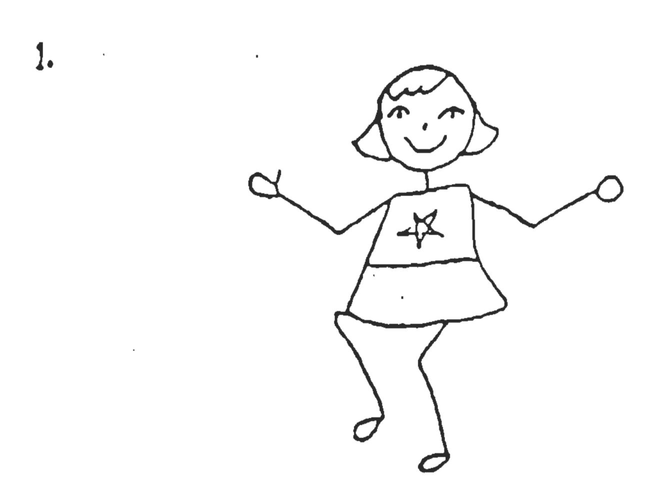
<u>Exemples d'items du Pictorial Self-Concept Scale</u>

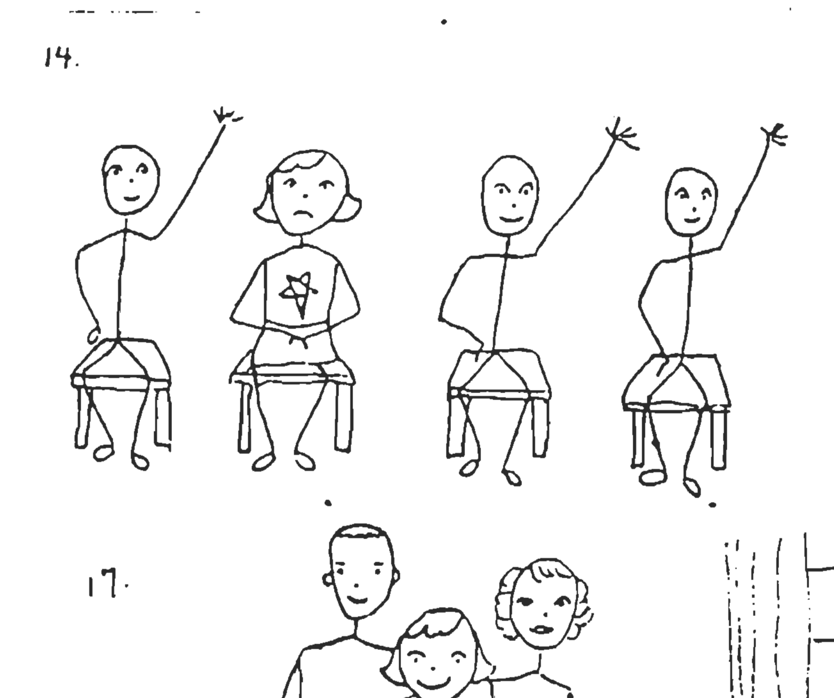
Sujets masculins



Exemples d'items du Pictorial Self-Concept Scale

Sujets féminins





Appendice G

Feuille de dépouillement de Pictorial Self-Concept Scale

Grille de correction

du sujet =

Items	Valeurs Pondérées	Comme moi	Quelques Fois comme moi	Pas du tout comme moi
# cartes catégories	Moyennes interjuges	A	B	C
1 sujet	8,1			
2 sujet	43,8			
3 pairs	30,8			
4 sujet	37,9			
5 pairs	14,1			
6 pairs	18,3			
7 sujet	17,1			
8 sujet	18,4			
9 sujet	14,1			
10 sujet	31,1			
11 sujet	12,5			
12 école	40,1			
13 école	45,4			
14 école	38,1			
15 école	35,4			
16 sujet	9,9			
17 famille	2,1			
18 famille	44,4			
19 sujet	11,5			
20 sujet	10,9			
21 sujet	22,5			
22 pairs	39,4			
23 sujet	15			
24 famille	45,4			
25 famille	40,1			
26 sujet	34,4			
27 famille	38,5			

28 famille	39,8			
29 famille	37,5			
30 pairs	39,5			
31 famille	39,6			
32 sujet	13,8			
33 sujet	15,9			
34 sujet	12,3			
35 sujet	14,5			
36 sujet	18,5			
37 sujet	16,9			
38 sujet	15,3			
39 sujet	15,4			
40 sujet	13,9			
41 sujet	37,3			
42 sujet	13,1			
43 famille	25			
44 sujet	16,6			
45 famille	37			
46 école	10,3			
47 école	32,4			
48 pairs	6,1			
49 famille	45,1			
50 sujet	40,4			
Totaux	Total= 1 275,50	T=	T=	T=
Nombre/Moyenne	N=50 ; X=25,51	N= X=	N= X=	N= X=

Score Estime Soi

Appendice H

Questionnaire socio-démographique

No ___________

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Date de naissance de l'enfant: _______________________________
État civil des parents: mariés___ divorcés___ conjoints de fait___ veuf___
L'enfant vit avec: père et mère___ mère___ père___ autres___

Autres enfants à la maison (âge, sexe):
____
____
Autres personnes à la maison:
____

Occupation du père: _______________________________________
Occupation de la mère: _____________________________________

Revenu familial annuel:

___ en dessous de 10 000$
___ de 10 000 à 15 000$
___ de 15 000 à 30 000$
___ de 30 000 à 45 000$
___ de 45 000 à 60 000$
___ de 60 000 à 75 000$
___ au dessus de 75 000$

Nombre d'années de scolarité complétées:

	Père	Mère
Primaire	___	___
Secondaire général	___	___
Secondaire professionnel	___	___
Cegep	___	___
Université	___	___

Appendice I

Questionnaire portant sur la santé des enfants asthmatiques

No _____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS

1) Date de naissance de l'enfant: ____________________
2) Sexe de l'enfant: M F

État de santé

1) Votre enfant fait:
- une crise d'asthme par trois mois _____
- une crise d'asthme par mois _____
- une crise d'asthme par semaine _____
- dyspnée plus ou moins permanente _____

2) À quelle fréquence rencontre-t-il un médecin (suivi médical)?
____
____

3) Quelle est la médication prescrite à votre enfant et la fréquence à laquelle il doit la prendre?
____
____

4) Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour l'asthme? Si oui, combien de fois et à quel moment (date de l'hospitalisation)?
____
____

5) Connaissez-vous les déclencheurs des crises de votre enfant (allergie alimentaire, pollens, stress, poils d'animaux, etc.)?
____
____

QUESTIONNAIRE AUX PARENTS (SUITE)

6) Y-a-t-il eu des difficultés particulières à la naissance? Si oui, lesquelles?

____

____

7) Votre enfant présente-t-il d'autres maladies ou des difficultés particulières?

____

____

8) Commentaires ou autres faits qu'il vous semble important de mentionner:

____

____

Merci de votre collaboration

Appendice J

Formulaire de consentement

Je consens à ce que mon enfant _____________________ participe à la recherche effectuée par Geneviève Duclos dans le cadre de sa maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les données recueillies seront gardées confidentielles.

___________________________	___________________________
Signature des parents	Date